Rok XXXVIII. Kraków, 11 Lutego 1899. Nr. 6.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Lutego 1899. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

Skręt kiszki esowatej odznacza się znaczną stosunkowo skłonnością do nawrotów, to też przy leczeniu musimy o tem pamiętać i odpowiednio temu przeciwdziałać.

W naszem zestawieniu znachodzimy 4 chorych z nawrotem podwójnym, jednego zaś z nawrotem potrójnym. Ze sposobów zapobiegających nawrotom, a mianowicie: Rosera przyszycie krezki, Brauna przyszycie pętli, Senna skracanie krezki przez jej sfałdowanie, Obalińskiego wycięcie kiszki esowatej, wreszcie Roux'a rozległe przyszycie krezki do przedniej ściany jamy brzusznej, użyto w 3 przypadkach (12, 13, 15.) wycięcia kiszki sposobem Obalińskiego z jednem zejściem śmiertelnem, w 3 (19, 20, 23.) przyszycia sposobem podobnym do postępowania Roux'a (jeszcze przed ogłoszeniem tej metody). Wogóle należy z tych sposobów przyznać pierwszeństwo postępowaniu Roux'a, jako zabiegowi w skutkach zupełnie pewnemu, z drugiej zaś strony bardzo łagodnemu.

W przypadku 22 wykonano *enteroanastomosis* z powodu skłonności do skręcania się pętli o 180°, sprowadzającego ciągłe dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego. Chora ta jednakowoż zmarła z powodu zapalenia płuc.

Postępując w ten sposób uzyskaliśmy wyleczeń 15 t. j. 48·4%. Wszystkie przypadki, w których założono rzyć sztuczną, względnie wycięto kiszkę z następowym szwem okrężnym, z powodu zgorzeli jelita zakończyły się niepomyślnie.

TABLICA II.

Skręt jelita biodrowego. *Torsio intest. ilei.* Przypadków 24.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
32*	Matys Gelber, l. 27.	3 dni	Bóle gwałtowne napadowe. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy pępka. Ruch robaczkowy wzmożony.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone, silnie rozdęto, z wynaczynionkami.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
33*	Franciszek Cichocki, l. 22.	5 dni	Bóle ciągłe. Bolesność brzucha przy ucisku. Wzdęcie jednostajne. Ruchów jelit niema. Wymioty częste.	*Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie na 1 metr poniżej dwunastnicy aż w pobliże kątnicy okręcone, poniżej jelito i kiszka zapadnięte; zapalenie otrzewnej.	*Torsio ilei. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
34*	Tomasz Kwaśniowski, l. 37.	2 dni	Ból gwałtowny. Wymioty ciągłe. Ruchu jelit niema. Wzdęcie jednostajne, tylko nad pępkiem cieniuje się poprzeczna wypukłość.	*Torsio flex. sigm. subsequ. Peritonit.*	*Enterotomia. Detorsio.*	Zapalenie otrzewnej.	*dtto*	*Mors* w 1 godz.	
35*	Gitla Feuerowa, l. 46.	Kilka miesięcy.	Częste i uporczywe zaparcie stolca. Ruch jelit wzmożony, wzdęcie mierne.	*Strictura v. Inflexio ilei.*	*Detorsio.*	Luźność kątnicy, na 30 cm. nad nią jelito biodrowe okręcone około krezki, lecz luźno.	*Torsio ilei.*	*Sanata* w 12 dni.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
36*	Józef Marchewka, l. 32.	2 dni	Przed 6 dniami laparotomia z powodu *reductio spuria herniae incarcerat.* Ból nagły. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy talorza biodrowego prawego. Ruch jelit wzmożony.	*Torsio ilei.*	*Enterotomia Detorsio.*	Skręt jelita biodrowego tuż ponad kątnicą i pod nią wsunięty. Jelita wyżej mocno rozszerzone.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 6 tygodni.	
37*	Jan Niemczak, l. 40.	3 dni	Ból po zeskoczeniu. Siły mierne. Wymioty częste. Brzuch beczkowaty. Powyżej pępka kilka smug poprzecznych. Ruchu jelit niema.	*Peritonitis ad torsionem.*	*dtto*	Prawie całe jelito cienkie okręcone około swej krezki. Na szczycie zmiany zgorzelinowe. Pokłady włóknikowe.	*Torsio intestini tenuis. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 dni.	Kał w ranie. Trzeba było wyciąć część zgorzelinową.
38*	Andrzej Znaleźniak, l. 19.	3 dni	Powtarzało się od 4 lat. Wymioty częste. Kształt brzucha kopułowaty powyżej pępka i po prawej z poprzecznemi smugami. Ruchu jelit niema.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Kątnica z całem biodrowem okręcone. Jelito czcze i kiszki grube zapadnięte.	*Torsio ilei cum coeco.*	*Mors* w 24 godzin.	Podczas uśpienia *asphyxia vomitoria.*
39*	Jan Talaga, l. 38.	6 dni	Wymioty z początku. Ból ciągły. Brzuch kopułowaty. Ruch jelit wybitny.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego skręcona. Otrzewna zaczerwieniona, nastrzykana.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 24 godzin.	
40*	Jędrzej Jura, l. 37.	4 dni	Brak dat.	?	*Detorsio.*	?	*Torsio ilei cum coeco.*	*Sanatus* w 12 dni.	
41*	Antonina Krupa, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe, wymioty. Brzuch bolesny przy ucisku. Jedna wypukłość koło kątnicy, druga koło zgięcia esowatego. W odbytnicy śluz krwawy i opór.	*Invaginatio cum peritonitide.*	*Resectio intest. ilei (126 cm.) Enterorhaphia.*	Część jelita biodrowego okręcona i czarno zabarwiona.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	
42*	Agata Wybranowska, l. 70.	8 dni	Nagle ból po jedzeniu. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Ruchu jelit niema. Zapad.	*Peritonitis verisimil. e torsione ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	*Peritonitis.*	*Torsio ilei subs. peritonit.*	*Mors* w 3 godziny.	Stan chorej był tak nędzny, że operowano dopiero drugiego dnia, gdy tętno nieco się polepszyło.
43*	Józef Klita, l. 38.	18 godzin	Zsunął się z ciężarem. Ból gwałtowny brzucha. Przepuklina wystąpiła i nie dała się odprowadzić. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Zapad.	*Hernia inguin. incarcerata.*	*Herniotomia dein. Laparot. Resectio intestini. Enterorhaphia.*	Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono w nim jelito zgorzelinowe, lecz wolne. Skręt prawie całego jelita biodr. i kątnicy.	*Torsio ilei et coeci. Gangraena intest.*	*Mors* w 22 godzin.	Wycięto 365 cm. jelita.
44*	Jędrzej Siekierka, l. 70.	10 dni	*Hernia ing. irreponibilis.* Bóle ciągłe. Wymioty cuchnące. Wypukłość koło pępka. Ruch jelit wzmożony.	Wątpliwość, czy niedrożność wskutek przepukliny, czy wskutek skrętu.	*Herniotomia dein. Laparot. Detorsio. Enterotomia.*	Po otwarciu worka przepukl. okazało się, że przyczyna wyżej, przeto laparotomia.	*Torsio ilei subs. Peritonitide sept.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
45*	Jan Wilkosz, l. 40.	3 dni	Ból znaczny ciągły. Siły małe. Wymioty. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ex occlusione.*	*Enterotomia Detorsio.*	Otrzewna zaczerw. i nalotami pokryta. Jelito biodrowe okręcone w pobliżu kątnicy. Szczyt podejrzany co do zgorzeli. (Wszyto w ranę).	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Phlegm. et necrosis ilei. Peritonitis septica.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
46*	Jędrzej Rączka, l. 34.	30 godzin	Siły słabe. Wymioty. Ból silny. Wzdęcie jednostajne. Kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Detorsio.*	Jelita mocno nastrzykane i ciemnowiśniowe.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Mors* w 2 dni.	Sekcya: *Peritonitis haemorrh. et fibrin.*
47*	Jan Róg, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowate, kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Otrzewna zaczerwieniona. Skręt koło kątnicy.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 10 dni.	Przy końcu operacyi zapad. Sokcya: *Peritonitis.*
48*	Estera Mosler, l. 50.	8 dni	Ból. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowate z cieniującemi się kilkoma pętlami koło pępka. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie skręcone, zaczerwienione i pokryte nalotami włóknika.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
49*	Regina Marek, l. 50.	6 dni	Przed 4 dniami operowana z powodu *Hern. crur. incarc.* Przypady nie ustawały. Kilka pętli rysuje się. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei ad hern. incarc. operatam.*	*Detorsio. Enterotom.*	—	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
50	Jan Czernecki, l. 70.	3 dni	Siły mierne. Wymioty częste. Częste bóle napadowe obok bólu stałego. Wzdęcie znaczne, zarysowana poprzecznie pętla. Ruchu niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego. Jelita powyżej i poniżej skrętu zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	
51	Jan Kasprzyk, l. 26.	4 dni	Siły mierne. Wymioty częste, od drugiego dnia kałowe. Ból znaczny. Wzdęcie mierne, 3 pętle poprzecznie zarysowane. Stawianie się zarysowanych pętli wśród bólu.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego aż do kątnicy. Jelito powyżej i kiszka gruba poniżej zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	
52	Wojciech Piwowarczyk, l. 37.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Ciągły ból, bolesność znaczna. Wzdęcie jednostajne. Z początku miały być ruchy jelit i przelewania.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe skręcone kilkakrotnie z zawęźleniem. Zgorzel jelita na znacznej przestrzeni.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	
53	Wawrzyniec Tyrka, l. 50.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Silne bóle, obok tego bolesność. Wzdęcie znaczne. Pętle jelitowe zarysowane poprzecznie. Stawianie się zarysowanych pętli.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie znacznie rozdęte, kiszka gruba zapadła.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 6 godzin.	Przy odkręcaniu otrzewna jelitowa pękła w kilku miejscach.
54	Juliusz Müller, l. 32.	5 dni	Przed 3 miesiącami podobne przypady. Zapad. Wymioty częste, czkawka. Ból ciągły, bolesność. Wzdęcie duże, powyżej pępka pętla jelitowa poprzecznie zarysowana. Ruchu niema.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Zgorzel jelita.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
55*	Józef Gajda, l. 54.	2 dni	Siły słabe. Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie znaczne kształtu prostokątnego. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone. Powyżej skrętu jelito cienkie rozdęte.	*Torsio ilei.*	*Mors* tuż po operacyi.	

Zestawienie przypadków skrętu jelita biodrowego wykazuje zatem, że cierpienie dotyczyło przeważnie, gdyż 17 razy na 24, ludzi między 30 a 60 rokiem życia. Chorzy zgłaszali się po poradę między 18 godzinami a 10 dniem cierpienia, średnio po 4 dniach. W podaniach chorych nie było można wykryć ważniejszych przyczyn choroby.

Stan ogólny chorych był zazwyczaj zły. Wymioty w 22 przypadkach były bardzo częste i uporczywe, a w 4 kałowe i to u 2 chorych po 3, u jednego po 4 i u jednego po 10 dniach choroby.

Bóle, będące pierwszym objawem choroby, występowały napadowo tylko u 5 chorych, u 15 zaś bóle były jednostajne, a brzuch przy ucisku bardzo bolesny (u wszystkich zapalenie otrzewnej). Badanie wykazywało w 16 przypadkach brzuch niejednostajnie wzdęty z dobrze dającym się wybadać wzrokiem, jak i dotykiem, wzdęciem miejscowem w postaci smug poprzecznych ponad i poniżej pępka, w 2 przypadkach stawiających się okresowo (51, 53). Ruch robaczkowy jelit dostrzeżono tylko 5 razy. W przypadku 41 z otworu stolcowego wydostawała się treść śluzowo-krwawa.

Przebieg był bardzo gwałtowny, zapad pojawiał się wcześnie.

Otwarcie jamy brzusznej wykazało 4 razy skręcenie całego jelita biodrowego, w 3 przypadkach skręcenie jelita biodrowego i kątnicy, raz jelita biodrowego i czczego, w pozostałych zaś przypadkach istniał skręt pojedynczych odcinków jelita biodrowego. Zapalenie otrzewnej znaleziono przy operacyi 16 razy, a zgorzel jelita 6 razy. (w przyp. 43 już po 18 godzinach).

Leczenie operacyjne polegało na odkręceniu jelita, w razie zaś nadzwyczaj wielkiego wzdęcia, sprawiającego znaczne trudności w odprowadzeniu jelit do jamy brzusznej, na nacięciu ściany jelita i wypuszczeniu treści z następowem zeszyciem (11 razy).

W przypadkach zgorzeli musiano 2 razy wykonać rozległe wycięcie jelita; oba przypadki zakończyły się niepomyślnie. Raz wobec rozpaczliwego stanu chorego założono rzyć sztuczną; przypadek ten skończył się również zejściem śmiertelnem.

Odpowiednio też do tak niepomyślnych warunków otrzymano wyleczenie zaledwie w 6 przypadkach t.j: 25%.

TABLICA III.

Skręt kątnicy. *Torsio coeci.* Przypadków 5.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
56*	Marya Stankiewicz, l. 48.	4 dni	Siły mierne. Wymioty dość częste. Bóle napadowe. Brzuch kulisto wzdęty. Wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Kątnica okręcona około swej krezki. W jamie brzusznej sporo płynu przesączynowego.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 20 dni.	
57	Jędrzej Baran, l. 28.	4 dni	Zapad. Wymioty często. Bóle napadowe. Wzdęcie duże, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit widoczne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie silnie rozdęte.	*Torsio coeci.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia Peritonitis.*
58	Michał Betlej, l. 43.	4 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle stałe, bolesność w okolicy kątnicy. Znaczne jednostajne wzdęcie. Okresowo zarysowanie się pętli jelitowych powyżej pępka. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Resectio coeci. Enterorhaphia m. Landerer.*	Złogi wypociny. Ciecz krwawa, mętna. Jelito biodrowe rozdęte. Kątnica 2 razy okręcona, zgorzelinowa.	*Torsio coeci. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
59	Wincenty Kłos, l. 30.	4 dni	Kilkakrotnie podobne przypady. Stan dość dobry. Nudności. Wzdęcie walcowate. Rysowanie się wybitne pętli jelitowych. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego silnie rozdęta. Kątnica pokryta wypociną włóknikową.	*Torsio coeci. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
60	Dwojra Schnürer, l. 50.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe miernie wzdęte.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 25 dni.	

Skręt samej kątnicy należy do dość rzadkich postaci niedrożności jelit, a nawet wedle Leichtensterna chodzi tutaj raczej o boczne zagięcie kątnicy. W naszych przypadkach kątnica o długiej kresce była około osi w wymiarze strzałkowym okręcona tak, że koniec jelita biodrowego i kiszka wstępująca tuż na przejściu w kątnicę stanowiły szypułę. Na pięciu chorych, przyjętych między 3 a 4 dniem choroby, 4 było między 30 a 60 rokiem życia. Wśród zupełnego zdrowia bez

poprzednich podobnych objawów (z wyjątkiem przyp. 59, w którym podobne przypady pojawiały się już kilkakrotnie), występowały gwałtowne bóle napadowe z częstemi wymiotami i zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów.

Badanie wykazywało znaczne niejednostajne wzdęcie brzucha z dokładnie wybadalnem wzdęciem miejscowem w 3 przypadkach w postaci guza kulistego, silnie napiętego, nieruchomo usadowionego na talerzu biodrowym prawym. W 2 przypadkach nie wybadano wzdęcia miejscowego, tylko zarysowywały się poprzecznie pętle jelita cienkiego, zajętego wzdęciem zastoinowem.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano 3 razy (56, 57, 60). Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi u 2 chorych (58, 59), a raz (58) spostrzegano zgorzel kątnicy.

Stosownie do znalezionych stosunków odkręcono kątnicę 4 razy, przyczem 2 razy nacięto ją w celu wypuszczenia nagromadzonej treści, w przypadku zaś 59 wycięto z powodu zgorzeli kiszkę i połączono odcinki guzikiem Landerera z wynikiem niepomyślnym. Chorych wyzdrowiało 2 t. j 40%.

TABLICA IV.

Zadzierzgnięcie. *Strangulatio.* Przypadków 16.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
61*	N. N., żołnierz, l. 21.	5 dni	Przedtem bywały już podobne przypady. Ból. Wymioty. Innych objawów nie zanotowano.	*Occlusio intest. interna.*	*Lysis.*	Jelita bardzo zaczerwienione i przyciśniete taśmą, którą przecięto.	*Strangulatio. Peritonit.*	*Mors* w 48 godzin.	
62*	Anna Juszczak, l. 33.	3 dni	Pobolewanie od 4 miesięcy. Wzdęcie kopułowate. Ruch jelit wybitny. Wymioty.	*dtto*	*Lysis.*	Od wyrostka robaczkowego do kątnicy dwie taśmy, pod któremi pętla jelitowa.	*Strangulatio ilei.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
63*	Bronisława Bogucka, l. 18.	8 dni	*Facies Hippocrat.* Majaczenia, zrywanie się. Wzdęcie kuliste. Wymioty kałowe.	*Occlusio intest. interna. Peritonitis.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do kątnicy, a pod nią pętla jelit z poczynającą się zgorzelą.	*Strangulatio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya wykazała obok *peritonitis* zmiany durowe.
64*	Józef Hinner, l. 45.	8 dni	Siły dobre. Ból. Wymioty. Wzdęcie jednostajne, beczkowate.	*Occlusio intest. int. mechan.*	*dtto*	Taśma grubości małego palca.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 22 dni.	7 dnia zapalenie płuc. Sekcya wykazała zapalenie płuc. W jamie brzusznej zmian niema.
65*	Monika Trzupek, l. 30.	?	?	?	*Resectio intest.*	?	*Incarceratio interna int. ilei post perimetritid.*	*Mors* w kilka godzin.	?
66*	Marya Kasztor, l. 45.	16 godzin	Przed 4 tygodniami *Hysterectomia supravaginalis.* Nagły ból napadowy. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*Infractio vel strangulatio.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do jelita i do ściany.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
67*	Wojciech Jastrzebski, l. 27.	7 dni	Siły małe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ad occlus. mechanic.*	*Lysis.*	Taśma utworzona z resztek *ductus omphalomesentericus.*	*Strangulatio.*	*Mors* w 2 godziny.	Napad padaczkowy przed operacyą, po operacyi drugi napad, w którym chory zginął.
68*	Jan Klaczok, l. 24.	12 dni	Wymioty kałowe. Brzuch beczkowaty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W kanale pachwin. przesznurowanie przez zrosty.	*Strangulatio.*	*Mors* 9 dnia.	6 dnia zapalenie płuc.
69*	Chune Feuereisen, l. 36.	3 dni	Ból znaczny. Wymioty częste, kałowe. W okolicy kątnicy wypukłość z oporem. Ruch jelit istnieje, lecz mały.	*dtto*	*dtto*	Taśma grubości zapałki.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	*Asphyxia vomitoria.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
70*	Gryne Verstaendigowa, l. ?	11 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W krezce otwór, przez który wsunęła się pętla jelitowa. Otrzewna zaczerwieniona.	*Strangulatio. Peritonitis.*	*Mors* w 12 godzin.	
71*	Marya Sierpowa, l. 39.	2 dni	Dzień przedtem *herniotomia.* Ból dalej. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis. Resectio intest.*	Taśma w pobliżu ujścia wewnętrzn. kanału pachwin. Zgorzel jelita.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	
72	Krystyna A—Z. l. 59 (patrz 17*).	4 dni	Stan dobry. Wymioty często. Bóle napadowe. W okolicy pępka wzdęcie miejscowe w postaci 2 wyniosłości. Ruchów niema.	*Accretiones cum strangulatione.*	*Lysis.*	Pętla jelita cienkiego uwięzgnięta między zrostami.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	Przed 4 miesiącami operowana z powodu skrętu pętli esowatej.
73	Franciszka Kulczak, l. 32.	10 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Obok bólu stałego silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, po stronie lewej nad pępkiem większa oporność. Wśród bólu nieznaczny ruch jelit.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Resectio intestini.*	Po stronie lewej pierścień utworzony przez sieć, w którym pętla jelita cienkiego b. rozdęta, zgorzelinowa; zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Mors* w 12 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
74	Chaim Rosner, l. 48.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, nad pępkiem zarysowane pętle jelit. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Wśród zrostów uwięzgnięta, b. rozdęta pętla jelita biodrowego.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
75	Feliksa Blicharz, l. 12.	4 dni	Od kilku lat silne bóle brzucha, pojawiające się co kilka miesięcy. Stan bardzo lichy. Wymioty ciągłe. Bóle stałe. W okolicy kątnicy wypuklenie i opór obok wzdęcia jednostajnego. Ruchów niema.	*Peritonitis ad appendicit.*	*Resectio process. vermiform*	*Empyema process. vermiformis,* który tworzy pętlę zaciskającą. Zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
76	T.....a, kobieta, l. 54.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Guz nad spojeniem łonow. Zarysowanie pętli jelitow. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Taśma od torbieli jajnikowego tworzy pierścień.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	

Zadzierzgnięcie ze względu na możliwość rozmaitych kombinacyi stosunków anatomicznych przedstawia obraz, najtrudniej dający się ująć w stałe ramy; odpowiednio też do tego rozpoznanie najwięcej tu nastręcza trudności.

Z 16 chorych, zgłaszających się między 16 godzinami a 12 dniami (średnio po 5·6 dniach) choroby, 8 liczyło od 30 do 50 lat życia.

W wywiadach należy podnieść, że 3 chorzy już od dłuższego czasu cierpieli na przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego, 3 zaś (66, 71, 72) przebyli już poprzednio operacye brzuszne. Początek choroby bywał nagły. Wymioty u 15 chorych były bardzo częste, a 6 razy (63, 67, 68, 69, 70, 73) kałowe. Bóle występowały napadowo; w jednym tylko przypadku (75) istniał ból jednostajny obok bolesności przy ucisku *(peritonitis).* Badanie wykazywało wzdęcie brzucha wogóle znaczne z dającem się wykazać w 4 przypadkach wzdęciem miejscowem, a 2 razy z zarysowaniem poprzecznem pętli jelitowych, zajętych wzdęciem zastoinowem. Ruch robaczkowy spostrzegano 9 razy, 2 razy ruchu nie było (72, 75); w pozostałych 5 przypadkach brak dokładnych notatek.

Najczęstszą przyczyną zadzierzgnięcia są wytwory zapalenia otrzewnej, dalej uchyłek Meckela, wreszcie wyrostek robaczkowy. Przez wytwory zapalenia otrzewnej rozumiem taśmy, mające albo jeden, albo 2 punkty przyczepienia, dalej przyrośnięcie sieci do poszczególnych narządów, przyrośnięcie wolnego końca wyrostka robaczkowego, wreszcie wytworzenie przez zrosty nieprawidłowych otworów. Mechanizm zadzierzgnięcia przedstawiał w naszych przypadkach dwa główne typy, a mianowicie albo jeden z powyżej przytoczonych czynników tworzył pętlę, zadzierzgającą jelito, albo też, rozciągnięty nad częściami niepodatnemi, wytwarzał niejako rodzaj bramy przepuklinowej, przez którą przesuwała się pętla jelitowa.

(C. d. n.).

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.**

O znaczeniu rozpoznawczem promieni Röntgena w kamicy nerkowej.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Uczeni i laicy z entuzyazmem przyjęli odkrycie nowych promieni przez Röntgena i wszyscy wiele, bardzo wiele sobie po nich obiecywali. Praktyka i doświadczenie zawiodły niejedne nadzieje, zawody jednak nie zniechęciły do nowych prób, a te, ponawiane, do lepszych doprowadzały wyników. Skąpem rozporządzając doświadczeniem nie spieszymy się z wypowiadaniem zdań zasadniczych; zdaje się nam jednak, że nie pomylimy się, gdy obrazy, jakie zapomocą promieni katodalnych uzyskamy, przyjmować będziemy z pewnem zastrzeżeniem i uciekać się do nich będziemy dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków rozpoznawczych. Nie wątpię, że z czasem, gdy się nauczymy czytać z fotografii röntgenowskich, z większą ufnością będziemy się do nich zwracać. A tu trzeba umieć czytać i patrzeć, by się nie dać uwieść pozorom. Wszak w takiej fotografii mamy do czynienia tylko z cieniem, jaki rzuca ciało bryłowate na płaszczyznę. Oczywiście, że kształt tego cienia, wzajemny stosunek rozmaitych części do siebie i t. d. zależy od bardzo wielu warunków zewnętrznych, głównie od położenia lampy w stosunku do przedmiotu prześwietlonego, a tego ostatniego do czułej płyty fotograficznej. Jak jeden i ten sam przedmiot w tych, zmieniać się dających warunkach przybierać może przeróżne kształty, wykazał Hofmeister na miednicy, a na jakie trudności napotyka dokładne oznaczenie jakiegoś punktu w ciele ludzkiem, dowodzą wielokrotne, ciągle nie zadowalające usiłowania stworzenia pewnych stałych przepisów i środków pomocniczych, któreby pozwalały wyciągnąć pewne, stanowcze wnioski z otrzymanych przez prześwietlanie obrazów (Braatz, Angerer, Lewy-Doru i in.).

Mimo tych jednak stron bądź-co-bądź ujemnych, skwapliwie uciekamy się w chirurgii do pomocy X-promieni tam, gdzie po niezupełnie pewnem rozpoznaniu wypada nam przedsiębrać większy, z pewnemi niebezpieczeństwami dla chorego połączony zabieg. Boć wolimy zawsze „*fortiter*“ iść „*in certis*“ niż „*prudenter*“ postępować „*in dubiis*“. A do takich rzec można sfinksów rozpoznawczych należy czasami kamica nerkowa. Do rozpoznania nie wystarczą wywiady i spostrzeganie chorego, badanie fizykalne, chemiczne i drobnowidowe, nawet cystoskop nie potrafi w niektórych przypadkach usunąć wątpliwości, które niekiedy rozwiązuje cewnikowanie moczowodów (Casper), niekiedy jednak pozostają mimo takiego badania nierozstrzygnięte. W zwątpieniu szukamy punktu oparcia i zdaje się nam, że go znajdujemy w niepochwytnych promieniach Röntgena.

Rozpoczęto zatem odpowiednie próby i najpierw zwrócono uwagę na pokrewne kamienie pęcherzowe. Po szeregu prób nieudałych, osiągnięto wreszcie wyniki dodatnie mimo znacznych przeszkód, pochodzących w pierwszym rzędzie od kości miednicowych. I dziś rozporządzamy już zbiorem wcale udatnych skiagramów kamieni w pęcherzu. Udawało się to m. i. Gochtowi, Kümmellowi, Wolffowi, Oberstowi, Hantzemu i w. in. Zwłaszcza ostatni przypadek budzi duże zajęcie. U 39-letniej chorej, u której wszelkie objawy wskazywały na istnienie kamieni w pęcherzu moczowym, żadnem narzędziem nie można było ich wykryć. Dopiero kilkakrotne prześwietlanie, uwieńczone zawsze pomyślnym wynikiem, wykazało niewątpliwie obecność dwóch kamyków, jednego wielkości orzecha włoskiego, drugiego — laskowego. Oba kamyki, o których składzie chemicznym wzmianki nie znajduję, wydobyto przez operacyą.

Jak kamienie, tak i ciała obce, które do pęcherza z zewnątrz się dostały, można tym sposobem wykazać. Seiffart (Nordhausen) podał nawet do tego celu małe płyty, powleczone guttaperchą, które wsuwa się do pochwy, względnie do odbytnicy, poczem prześwietla się chorego od przodu. Tym sposobem wyklucza się nadmiar cieniów od kości, zamazujących rysunek.

Na większe trudności napotyka wykazanie zapomocą promieni Röntgena złogów w miedniczkach nerkowych, względnie w moczowodach. I właśnie w kamicy nerkowej z przyczyn, poprzednio wyłuszczonych, musimy sobie ten pomocniczy środek rozpoznawczy wyżej cenić, aniżeli w kamieniach pęcherzowych. Nadto istnieje tu jeszcze i ta trudność, a właściwie okoliczność niedogodna, że wyrazistość obrazu zależy od składu chemicznego kamyków. Doświadczalne badania Ringela wykazały, że kamienie, złożone głównie z szczawianów, najmniej są przenikliwe dla promieni katodalnych, w wyższym stopniu przepuszczają te promienie kamienie, złożone z soli kwasu moczowego, a najłatwiej kamienie, złożone z fosforanów. Zatem na fotografii otrzymamy obraz najwyraźniejszy, z najostrzejszymi obrysami, ze szczawianów, z fosforanów zaś powstaje cień rozlany, nie zbyt ostro odgraniczający się od tła. Ze szczawianami spotykamy się najrzadziej, więc też tylko w wyjątkowych razach spodziewać się należy wyraźnych obrazów. Położenie nerki, wypociny zapalne, które stale towarzyszą kamykom w miedniczkach i oblewają kamyki, obok innych osobniczych niekorzystnych warunków stanowią zastęp ujemnych czynników, obniżających wartość skiagrafii w tem cierpieniu. My ze swej strony tylko w bardzo małym stopniu wpływać możemy na ich poprawę. Możemy bowiem tylko podać choremu przed prześwietlaniem sporą dawkę środków przeczyszczających, a układając na płycie znieść fizyologiczne skrzywienie stosu pacierzowego ku przodowi.

Mimo tylu i takich trudności udawało się już różnym autorom otrzymywać obrazy z wynikiem dodatnim. Lecz, że ilość ich nieznaczna, więc chętnie i z wdzięcznością spełniam polecenie szefa mego, Pana Radcy Dworu Profesora Rydygiera i szczerze Mu dziękując przystępuję do opisu naszego przypadku.

Nie trudności rozpoznawcze skłoniły nas, żeśmy chorego S. F., 26-let., z D. wysłali do zakładu röntgenograficznego Drów Hellmanna i Wolichsa[1]), którzy ze zadania swego doskonale się wywiązali. U chorego tego rozpoznanie „*cysto-pyelitis calculosa*“ nie ulegało żadnej wątpliwości. Przed trzema miesiącami kol. Dr. Niewiarowski z Dubna rozpoznał u tego chorego wśród znacznych trudności, jakie nastręczał początek i przebieg cierpienia, ropień okołoner-

[1]) Klinika nasza dopiero w tym roku otrzyma własny przyrząd röntgenograficzny.

kowy lewostronny, powikłany zapaleniem płuca po tejże stronie. Przywołany wówczas Radca Dworu Prof. Rydygier otworzył przy łaskawej i umiejętnej pomocy miejscowych kolegów głęboko położony ropień, postępując ostrożnie, aby otrzewnej nie naruszyć. Na tem wtedy poprzestano z powodu groźnego stanu chorego. W kilka tygodni poźniej wypadł z rany kamyk wielkości orzecha laskowego, a już później, gdy chorego przewieziono do kliniki, kilkakrotnie z moczem odchodziły pojedyncze kamyczki wielkości ziarnka grochu i mniejsze. Po pierwszem nacięciu ropnia okołonerkowego pozostała w bliźnie przetoka, która prowadziła w górę popod XII żebro, i mało wydzielając, nie okazywała wcale dażności do zagojenia się. Postanowiono zatem wypiłować częściowo XII żebro i przy tej sposobności odsłonić nerkę i otworzyć miedniczkę, żeby z niej wyjąć resztę kamieni, na których obecność wskazywało ciagle utrzymujące się ropienie z chorej nerki, bóle w tej okolicy i od czasu do czasu zawsze jeszcze odchodzące kamyczki. I jakkolwiek ani rozpoznanie, ani potrzeba operacyi najmniejszej nie ulegały wątpliwości, posłaliśmy chorego do wyżej wspomnianego zakładu röntgenograficznego z prośbą o zdjęcie fotografii. Fotografia upewniła nas w pewnem. Na skiagramie na lewo od kręgosłupa (bo o lewą nerkę chodziło), w odległości około 10 ctm. od wyrostków ciernistych spostrzedz było można trzy niewyraźne cienie, największy ziarnka grochu, najmniejszy — soczewicy. Cień, zależny prawdopodobnie od nerki, przypadał bardziej na zewnątrz od obrazu kamyków. Jeszcze przed operacyą odszedł drogami przyrodzonemi jeden kamyczek, a podczas operacyi wydobył R. Dw. Prof. Rydygier z miedniczki dwa kamyki, które rozmiarami swymi odpowiadały zupełnie rozmiarom cieniów na fotografii. Badanie chemiczne kamyków wykonane w zakładzie chemii lekarskiej prof. Niemiłowicza przez Dra Moraczewskiego wykazało, że w skład ich wchodziły fosforany i węglany wapna, obok śladów magnezyi żelaza i chlorków. Kwasu moczowego, ani siarkowego nie było[2]).

Rozpatrując się w dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem kilkakrotnie zapisane dodatnie wyniki röntgenografii w kamicy nerkowej. Kümmel na przedostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawiał własne zdjęcia, wykazujące obecność złogów w miedniczce nerkowej i cytował Mamityrego, który również z pożytkiem posługiwał się tym środkiem rozpoznawczym. Chory v. Heineckego dał się nakłonić do nefrotomii, proponowanej mu z powodu kamicy nerkowej, na jaką cierpiał, dopiero wówczas, gdy mu pokazano röntgenogram, na którym obraz kamyków wyszedł bardzo wyraźnie, jak o tem pisze Görl. Morton z pomocą promieni Röntgena wykazał w lewej miedniczce nerkowej u 12-letniego chłopaka z napadami kolki nerkowej kamień, który następnie wydobył zapomocą operacyi. Był to kamień, o rozmiarach 1·9 i 1·3 ctm., złożony ze szczawianów. Nie gorzej powiodło się K. Lauensteinowi. I on bowiem na skiagramie otrzymał bardzo wyraźny obraz kamienia w prawej miedniczce; kamień ten wydobyty drogą operacyjną okazywał wymiary $2^1/_4 \times 1^3/_4 \times 1$ ctm., ważył 8 gr. i był złożony przeważnie z węglanu wapniowego, z domieszką moczanów i szczawianów.

[2]) Przebieg pooperacyjny u chorego był zupełnie pomyślny, a rana dziś już znacznie podgojona.

Małe to zestawienie pozwala należycie ocenić znaczenie promieni Röntgena w rozpoznawaniu kamicy nerkowej. Nie zrażając się trudnościami, ani przewidywanym składem chemicznym kamieni, chętnie w potrzebie uciekać się będziemy do tak niewinnego i wcale dla chorych nie przykrego środka rozpoznawczego. Oceniając jednak równocześnie trudności, z jakiemi röntgenografia nerki walczyć musi, nie będziemy przeceniać wyników ujemnych i wynik ujemny prześwietlania nie zachwieje naszego rozpoznania, ustalonego na podstawie badania klinicznego, ani nie potrafi wpłynąć zasadniczo na zmianę postępowania leczniczego.

We Lwowie 14. I. 1899.

Literatura.

1. Stautz: Wissenschaft. Verein d. Aerzte zu Stettin. Sitzung d. 3 Mai 1898 *Berl klin. Wochschr.* 1898, str. 740. — 2. M. Oberst: Die Grenzen die Leistungsfähigkeit des Röntgverf. in der Chir. Ref. w *Ctrbl. f. Chir*, 1898, str. 554. — 3. Kümmel: Die Bedeutung der Röntgenschen Strahlen f. d. Chir. *Ctrbl. f. Chir* 1897 *Beilage* z. Nr. 28 str. 18 i n. — 4. Gocht: Lehrbuch d. Röntgen-Untersuchung. Stuttgart 1898. — 5. Ringel: Beitrag z. Diagnose d. Nephrolithiasis d. Röntgenbilder. *Ctrbl. f. Chir.* 1898 str. 1217. — 6. Görl: Ueber einen Fall von Nierenstein mit Demonstration einer Röntgenphotograpie. *Münchener med. Wochsch.* 1898 str. 438. — Morton: *Deutsche med. Wochschr.* 1898 str. 107. Litterat. Beil. — 8. Lauenstein: Operative Entfernung eines durch Röntgenstrahlen nachgewiesen Concrementes von kohlensaurem Kalk aus dem Nierenbecken *Deutsche Ztschrft für Chir*, T. 50 str. 195.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza pod kierunkiem Prof. Dra Jordana.

Zarośnięcie zupełne jamy macicy po jej wyskrobaniu.

Opisał

Dr. Jan Siedlecki

sekund. oddziału.

Wyskrobanie jamy macicy *(abrasio, curettement)*, niewątpliwie znakomity środek leczniczy w chorobach błony śluzowej jamy macicy, uchodzi u wielu także za najlepszy sposób usuwania po porodzie lub poronieniu pozostałości łożyska, oraz błon płodowych i bywa w tym celu obecnie bardzo często stosowane. Dziwić się temu nie można, bo zabieg jest do wykonania łatwy i sprowadza najczęściej pożądane wyniki. Wsunięcie łyżeczki do jamy macicy, zwłaszcza połogowej, nie napotyka na trudności; samo skrobanie mniej zwykle bywa bolesnem, niż oczyszczenie macicy palcem, a cały zabieg mniej częstokroć wymaga zachodu i pozornie mniej wprawy od lekarza. Te zalety, obok doświadczenia, że najczęściej szybko ustępują przypady chorobowe, z powodu których został zabieg wykonany, sprawiły, że wyskrobanie jest obecnie niewątpliwie najczęstszą operacyą ginekologiczną.

Nie jest to jednak zabieg obojętny dla zdrowia kobiety; można nim sprowadzić zakażenie, jak każdym innym, przy którym się narzędzia do macicy wprowadza, jeżeli się nie przestrzega bardzo ściśle zasad aseptyki; bardzo łatwo przedziurawić można macicę, szczególnie połogową lub zwyrodniałą rakowato, i takich wypadków niemało zapisanych jest w literaturze. Ciężkie zapalenia około macicy i jej części dodatkowych występują zazwyczaj jako następstwo skrobania, skoro lekarz przed zabiegiem przeoczył istnienie dawniejszych zmian chorobowych w otoczeniu macicy; wreszcie może

skutkiem skrobania zarosnąć jama macicy w całości lub częściowo. O jednym takim przypadku zamierzam pomówić.

Zwykle nie usuwamy skrobaniem całej błony śluzowej macicy; pomimo energicznego posuwania łyżeczką aż do wywołania właściwego chrzęstu, który świadczy, że łyżeczka dotyka warstwy mięsnej macicy, pozostają resztki błony śluzowej z gruczołami, wgłębionymi w miąższ macicy. Z tych gruczołów odnawia się błona śluzowa i to według badań Wertha bardzo szybko, gdyż przy odpowiedniem postępowaniu pooperacyjnem zwyczajnie po tygodniu lub 10 dniach istnieje już nowa błona śluzowa. W wyjątkowych jednak przypadkach schodzi pod uciskiem łyżeczki nietylko cała błona śluzowa, ale i warstwa mięsna ściany macicy w znacznej grubości; przydarza się to, jeżeli skrobanie wykonanem było bardzo energicznie wkrótce po porodzie lub po poronieniu, więc w czasie, gdy mięsień macicy jest miękki. Wraz z mięśniem usuwane bywają w takich przypadkach gruczoły, a więc te części, które są niezbędne do odrodzenia się błony śluzowej. W jej miejsce powstać musi tkanka ziarninowa, która sprowadza zrośnięcie wnętrza macicy jużto częściowe, jużto zupełne. Z pomiędzy autorów pierwszy Fritsch spostrzegał całkowite zarośnięcie macicy wskutek skrobania po porodzie. Oprócz niego podobne przypadki ogłosili Küstner, Weit i Wertheim. W przypadku Küstnera i Wertheima zarośnięcie nie było zupełnem i wytworzyło krwistek maciczny, który następnie operowano. (Tu dodam, że w ostatnim czasie ogłosił Dührssen w *Berliner klinische Wochenschrift* kilka przypadków zarośnięcia macicy wskutek tamowania krwotoku po porodzie zapomocą bardzo gorącej pary wodnej metodą Śniegierewa. Wobec tego przestrzega Dührssen przed używaniem powyższego sposobu u osób młodych).

Przebieg naszego przypadku był następujący:

Zofia P., służąca, wieloródka, licząca lat 28, zgłosiła się w październiku 1898 roku do szpitala św. Łazarza, skarżąc się na bóle dołem brzucha, szczególnie po stronie lewej i na brak zupełny regularności od ostatniego, trzeciego z rzędu porodu, który odbył się w styczniu 1898 roku. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że poród przebiegał o tyle nieprawidłowo, iż po odejściu łożyska chora mocno krwawiła, co zmusiło lekarza do forsownego zatamponowania macicy i pochwy. Po wyjęciu tamponów miała się chora dobrze, dopiero w piątym dniu po porodzie zaczęła gorączkować, co skłoniło jej lekarza najpierw do przestrzykania macicy, a następnego dnia, gdy gorączka nie ustąpiła, do wyskrobania jamy macicy. Strzępy wyskrobane miały być podobne do części łożyska. Po tym zabiegu chora przestała gorączkować i wyszła z opieki lekarskiej. Dziecko natychmiast po porodzie oddanem zostało na wychowanie, tak, że chora sama dziecka nie karmiła. Rozpoznaliśmy: *Adnexitis sinistra chronica, amenorrhoea, in individuo anaemico*. Macicę znaleźliśmy wielkości prawidłowej, nagiętą ku przodowi. Zastosowano ichtyol w tamponach, a ze względu iż brak regularności odnosiliśmy do silnego krwotoku poporodowego i następowej niedokrwistości, podano żelazo i zastosowano forsowne żywienie. W czasie pobytu w szpitalu cierpiała chora przez kilka dni szalone bóle, które określała, jako podobne do porodowych, śladu jednak krwawienia miesiączkowego nie zauważyłem. Ponieważ mimo znacznej poprawy stanu ogólnego regularność nie powracała, a resztki wypociny przymacicznej ustąpiły, postanowiliśmy poddać chorą leczeniu prądem faradycznym sposobem Apostolego. Podczas wprowadzania zgłębnika napotkałem jednak na przeszkodę w wysokości jednego ctm. od ujścia zewnętrznego. Zrazu przypuszczałem, że zgłębnik jest zagruby, próbowałem więc użyć cieńszego, który jednak także nie przeszedł głębiej do jamy macicy. Ścisłe bardzo badanie okazało wówczas, że jama macicy jest w zupełności zarośnięta i tylko dolna część jej szyi na 1 ctm. pozostała drożna. Zarośnięcie to można odnieść tylko do skrobania po porodzie.

Przypadek ten podaję do wiadomości dla przestrogi; dowodzi on, jak przykre następstwa może sprowadzić skrobanie w połogu, choć było dokonane umiejętną i wprawną ręką, oraz z właściwego wskazania. Stanowczo należy więc zabieg ten po porodach i poronieniach ograniczyć tylko do najniezbędniejszych i bardzo wyjątkowych przypadków, a nie powinno się go wprowadzać jako codzienny sposób leczenia. Palec lekarza, jak był przez wieki, tak pozostać powinien na zawsze pierwszem i najważniejszem narzędziem dla usuwania z wnętrza macicy resztek jaja płodowego; da on się zawsze użyć, choć nieraz dopiero po uśpieniu chorej, oraz po poprzedniem rozszerzeniu szyi. W przypadkach zaś wyjątkowych, w których palec strzępów doczesnej i łożyska usunąć nie zdoła, powinno się, zdaniem mojem, skrobać po poprzedniem obmacaniu palcem jamy macicy tylko przestrzeń, w której strzępy przylegają i zawsze bardzo ostrożnie, ciągle mając na pamięci smutne następstwa, jakie sprowadza zbyt energiczne skrobanie.

Za zachętę do ogłoszenia niniejszego przypadku składam Prof. Drowi Jordanowi uprzejme podziękowanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

H. Ziemann: **Ueber Malaria- und andere Blutparasiten nebst Anhang: Eine wirksame Methode der Chromatin- und Blutfärbung.** Jena 1898.

W książce tej złożył autor, lekarz sztabowy marynarki niemieckiej, owoce czteroletnich badań nad zimnicą, dokonanych nad brzegiem morza Północnego (w Wilhelmshaven i Lehe), we Włoszech (na klinice w Pawii, w szpitalach Kremy, Grosseta i Rzymu), na zachodnim brzegu Afryki (na pokładzie statku „Hyjena“) wreszcie na Helgolandzie. Razem spostrzegał autor 235 przypadków zimnicy; a nadto badał pasorzyty krwi u 155 ptaków i przeszło 100 zwierząt zimnokrwistych. Spostrzeżenia te zasługują na uwagę zwłaszcza z tego względu, że są wykonane z niezmordowaną pilnością. U znacznej liczby chorych badał autor krew co dziesięć minut; u pewnego chorego w 4 dni po ustaniu gorączki przy leczeniu chininowem zrobił 49 preparatów mikroskopowych krwi, w ostatnim dopiero znalazł się jeden pasorzyt zimniczy. Autorowi 15 razy powiodło się wykazać pasorzyty u ludzi przedtem zdrowych, w okresie wylęgania zimnicy, jeszcze przed wystąpieniem pierwszych napadów. Kto wie, jak trudno odnaleść pasorzyty we krwi obwodowej w początkach zimnicy, ten potrafi należycie ocenić istotnie benedyktyńską wytrwałość i skrupulatność badań Ziemanna.

Autor używał sposobu barwienia, podanego pierwotnie przez Romanowskiego, w następującej modyfikacyi. Preparaty krwi, zasuszonej na szkiełkach nakrywkowych, ustala przez kilkakrotne przeciągnięcie nad płomieniem lampki wyskokowej, lub zanurzenie w absolutnym wyskoku na 5—30 minut. Barwi mieszanina złożona z roczczynu wodnego 1% błękitu metylenowego („Methylenblau medicinale“ Höchst, D. R. P. Nr. 38573) z roczczynem wodnym $1‰$ eozyny (wyrobu fabryk w Höchst, marka BA lub AG). Stosunek składników tej mieszanki, jakoteż czas, potrzebny do zabarwienia, należy dla każdorazowych roczczynów osobno doświadczalnie oznaczać; mięszaninę barwików potrzeba sporządzić zawsze świeżo dla każdego preparatu. Szkiełko z ustalonym preparatem układa Z. w wklęsłej miseczce szklanej i nalewa na nie barwika, a po upływie oznaczonego czasu zdejmuje za pomocą bibuły błonkę tworzącą się na barwiku, wyjmuje preparat, opłukuje go wodą, z wierzchu wyciera bibułą lub płatkiem płóciennym, wysusza i rozpatruje w balsamie kanadyjskim. Ciałka czerwone krwi barwią się przytem różowo; jądra ciałek białych przybierają lśniącą, karminowo-liliową barwę; ziarnina ciałek eozynochłonnych zabarwia się mocno czerwono, ziarna ciałek neutrofilnych liliowo, pierwoszcze

limfocytów niebiesko. W pasorzytach zimniczych odróżniamy przy tem zabarwieniu bardzo wyraźnie: pierwoszcze niebieskie, chromatynę karminowo-liliową, istotę achromatyczną bezbarwną i czarne złogi melaniny.

Szczególnie dobrze zabarwione preparaty otrzymywał sprawozdawca po ustaleniu sposobem Nikiforowa-Laverana, barwiąc je mieszaniną 1% błękitu z 1‰ roztworem eozyny AG w stosunku 2:13, przez 50 minut.

Nie rozszerzając się nad szczegółami, uzyskanymi przez Z. dla morfologii i biologii pasorzytów zimniczych, jakoteż pokrewnych drobnoustrojów krwi zwierząt, radbym zwrócić uwagę czytelników na to, że omawiane dzieło zawiera nowe a cenne nabytki dla leczenia zimnicy, zwłaszcza zaś dla leczenia chininowego. Mianowicie w przypadkach zimnic z gorączką zwalniającą, gdy we krwi znajdują się pasorzyty różnego stopnia rozwoju, ilość 2—3 gramów chininy rozdziela Z. na dawki mniejsze, podając je kilka razy na dzień. Nazywa to autor cząstkowem wyjałowieniem (cz. pasteuryzacyą) krwi zapomocą chininy. Rzecz, sama przez się wcale nie nowa, bardzo trafnie została uzasadnioną biologią pasorzytów. Jak wiadomo bowiem, pasorzyty zimnicze tylko w pewnym okresie rozwoju ulegają działaniu chininy. Gdy we krwi znajduje się tylko jedno pokolenie pasorzytów i wszystkie osobniki są w tym samym stopniu dojrzałe, wówczas jednorazowe podanie większej dawki chininy, na 6—8 godzin przed oczekiwanym napadem, zabija wszystkie osobniki, krążące we krwi. Ale te przypadki podług nowszych spostrzeżeń, zwłaszcza F. Plehna (i sprawozdawcy) należą do rzadszych. Częściej spotykamy równocześnie pasorzyty w różnych okresach rozwoju, niejako pokolenia różnego wieku. Zazwyczaj tylko jedno z tych pokoleń jest dość liczne i silne, aby wywoływać typowe napady zimnicy, inne na razie nie sprowadzają odrębnych napadów. W tych tedy przypadkach podawanie chininy raz na dzień przed napadem niszczy tylko jedno pokolenie pasorzytów i wprawdzie tymczasowo usuwa napady; lecz pasorzyty innego stopnia rozwoju przetrwają to leczenie i wydadzą nowe szeregi pokoleń, przyczynę późniejszych nawrotów. O ile nawroty powstają z wymienionych powodów, zapobiega im podawanie chininy w dawkach, rozłożonych na cały dzień *(in dosi refracta)*; zrazu leczenie to działa mniej energicznie, lecz stosowane dość długo i systematycznie (t. j. w odstępach czasu równych, najwyżej 6-godzinnych) osiąga skutek trwały.

Że jednak nawet i użycie tej metody w odpowiednich przypadkach nie zdoła zapobiedz wszystkim nawrotom zimnicy, świadczy o tem statystyka Ziemanna: w załodze statku „Hyjena" zdarzały się nawroty w stosunku 10:28 zimnic pierwotnych. Niektóre nawroty z pasorzytami gorączek złośliwych pojawiały się w miejscowościach, gdzie one pierwotnie nie występują np. w Wilhelmshaven lub na Helgolandzie, i to przez przeciąg kilku miesięcy po pierwotnem zakażeniu i po 2—3 tygodniowem leczeniu dużemi dawkami chininy. Spostrzeżenia te przemawiają za tem, że prócz wymienionej przyczyny nawrotów istnieją zapewne i inne [1]).

W przypadkach ciężkich zimnic złośliwych, gdy zależy na szybkiem działaniu, lub gdy chodzi o to, aby ominąć przewód pokarmowy, zaleca autor wstrzykiwania śródmięśniowe chininy: pół grama dwuchlorku chininy, rozpuszczonego w 2 gramach wody przegotowanej, strzykawką wyjałowioną — w mięśnie pośladkowe. Miałem sposobność zastósować takie postępowanie w dwóch przypadkach zimnicy, połączonej z ciężkimi objawami żołądkowo-kiszkowymi; opierając się na tem doświadczeniu zalecałbym ten sposób wstrzykiwań, ponieważ działa pewnie i szybko, a jest nierównie mniej bolesny od podskórnych wstrzykiwań chininy.

Dr. Grossek.

---

[1]) Zasługują tu na uwagę przypuszczenia Mannaberga; autor ten pomiędzy innymi wymienia jako przyczynę nawrotów uwięzienie pasorzytów zimniczych w zaczopowanych naczyniach mózgowych. Tam do nich nie dochodzi zażyta chinina, a stamtąd mogą powrócić w krążenie i rozmnożyć się.

V. Wyciągi.

K. Ludloff: **Przyczynek do operacyjnego leczenia wgłobień jelitowych.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. III. 5).* Dopiero od r. 1885 sprawa leczenia wgłobień jelitowych weszła na porządek dzienny. Od tego czasu pojawia się kilka wybitnych prac H. Brauna, Rydygiera, Barkera i Gibsona, które starają się wprowadzić w tej sprawie pewien ład. W dyskusyi zabiera obecnie głos Eiselsberg, przez usta L. Wszyscy autorowie godzą się na to, by z otwarciem jamy brzusznej zbytnio nie zwlekać. Kiedy jednak Braun i Rydygier zalecają energiczne stosowanie środków ogólnie znanych, zanim przystąpimy do operacyi, to Gibson, a za nim i autor, przestrzegają przed wysokiemi wlewaniami, wdmuchiwaniem powietrza itp. z obawy przedziurawienia części może już obumarłych. Jeżeli nie udaje się wgłobienia w ten sposób usunąć, wszyscy się godza na to, aby otworzyć jamę brzuszną i wszyscy starają się znieść przedewszystkiem wgłobienie, dopiero kiedy to się nie udaje, Braun doradza wyciąć całe wgłobienie, Rydygier i Barker tylko część wpochwioną z pozostawieniem części wpochwiającej (jest to operacya, przez tych dwóch autorów wyłącznie dla tego cierpienia obmyślana). Rydygier wykonuje całkowite wycięcie jedynie w razie daleko posuniętych zmian na części wpochwiającej. Na stanowisku Rydygiera stoi Gibson. Dwaj ci jednak ostatni autorowie różnią się co do wskazań dla enteroanastomozy i założenia sztucznej rzyci. Rzyć sztuczną zachowuje Rydygier tylko dla chorych w stanie najwyższego zapadu, a enteroanastomozy nie wykonuje nigdy. Natomiast Gibson względnie często tworzy połączenie (enteroanastomozę) między pętlami powyżej i poniżej wgłobienia. Eiselsberg natomiast inne zajął stanowisko. Całkowite wycięcie części wgłobionych uważa za typową operacyę, natomiast częściowe wycięcie Barker-Rydygiera (dla powodów nie dość zrozumiałych i przekonywujących — przyp. spraw.) zachowuje tylko dla przypadków bardzo rozległego wgłobienia, zwłaszcza połączonego z wypadaniem prostnicy. Wykluczenie pętli zajętej — przez enteroanastomozę lub utworzenie sztucznej rzyci — uważa tylko za zabieg tymczasowy, po którym powinien nastąpić doszczętny. Do wysnucia powyższych wniosków posłużyło autorowi 6 odpowiednich spostrzeżeń. *Herman.*

Chełmoński Adam: **Jodek sodu i potasu, jako środki lecznicze w krwotokach.** *(Gazeta Lekarska,* 1898, Nr. 52). Jeżeli się pominie leczenie chirurgiczne, to wobec krwotoków jesteśmy bezsilni. Nieraz krwotok nawet znaczny ustaje bez pomocy lekarskiej, innym znów razem mimo wszelkich usiłowań trwa dalej, zyskanie więc podstawy do twierdzenia, że jakiś lek jest dobrym przeciwkrwotocznym środkiem, bywa bardzo trudne. Jedynie doświadczenie dłuższe może przekonać o skuteczności tego lub owego środka. Autor od lat pięciu stosuje z pożytkiem w niektórych przypadkach krwotoków, polegających na podwyższonem ciśnieniu tętniczem (krwotoki płucne, nosowe, kiszkowe itp.) jodek sodu lub potasu. Wyszedł on z tego założenia, że, jak wiadomo, związki jodu obniżają ciśnienie tętnicze, co stwierdzono doświadczalnie. Działanie jodku sodu jest nieco odmienne, niż jodku potasu, bo jodek potasu z początku podnosi ciśnienie tętnicze, a dopiero po 1—2 godz. obniża je, a jodek sodu odrazu je obniża. Z tego powodu jodek sodu jest odpowiedniejszy w danym celu. Dawki po 0·2—0·3 dwa razy dziennie w pół szklanki mleka. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

H. Ruppert: **Z kazuistyki zabiegów operacyjnych przy zaniedbanem poprzecznem położeniu płodu.** *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 32). R. w przypadku położenia poprzecznego zaniedbanego przystąpił do oddzielenia główki *(decapitatio)* na płodzie nieżywym. Po ściągnięciu szyi hakiem Brauna o ile się dało najniżej ku szparze sromowej, przeciął pod kontrolą wzroku części miękkie nożykiem i otworzył pomiędzy łukami kręgów opony rdzeniowe, nie naruszając przytem połączenia kręgosłupa szyjnego. Przez nacię-

cie w oponach wytrysnął natychmiast strumień miazgi mózgowej wraz z płynem mózgordzeniowym, skutkiem czego pojemność czaszki tak znacznie się zmniejszyła, że przy lekkiem już pociąganiu za hak główka wstąpiła do miednicy i wkrótce urodziła się na zewnątrz. Przyczynę pomniejszenia główki t. j. wypływ miazgi mózgowej tłómaczy sobie autor zmianami następowemi, jakie powstają w istocie mózgowej po obumarciu płodu. *Ww.*

Fr. Neugebauer: **Szereg przypadków wczesnego macierzyństwa**. *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 26). Do szczegółowo przytoczonej literatury przypadków wczesnego macierzyństwa dodaje autor własne trzy spostrzeżenia. Pierwszy przypadek dotyczy dziewczynki $11^1/_2$ lat liczącej, miesiączkującej prawidłowo od roku. Wzrost 145 ctm. *Conj. vera* 8 ctm. Poród przedwczesny w $8^1/_2$ miesiącu ciąży siłami natury. W drugim przypadku u dziewczynki $14^1/_2$ lat liczącej z miednicą krzywiczą wykonał autor cięcie cesarskie z powodu bezwzględnego ścieśnienia miednicy *(Conj. vera* $5^1/_2$ ctm.). Trzecia dziewczynka zastąpiła w 13 roku życia, nie miesiączkując ani razu. *Conj. diag.* 9 ctm Porodu nie miał autor sposobności spostrzegać. *Hw.*

Krafft-Ebing: **Drżączka porażna** *(paralysis agitans)* **wskutek urazu**. *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899. Nr. 2). Nie ulega wątpliwości, że drżączka porażna może powstać wskutek urazu. Dotąd zebranych jest 28 podobnych przypadków. Na 110 własnych przypadków drżączki w 7 wyszukał autor uraz, jako przyczynę. Z tych 7 przypadków w 5 przypadkach stwierdzono stłuczenie lub wybicie stawu, raz stłuczenie z zziębnięciem całej kończyny, raz stłuczenie ze złamaniem żebra.

Z obrazu klinicznego podnosi autor, że drżączka pochodzenia urazowego zaczyna się zawsze w miejscu urazu np. na kończynie dolnej. Drżączka jednej dolnej kończyny pozwala odrazu domyślać się przyczyny urazowej. Zważywszy częstość urazu wogóle, a równocześnie rzadkość występowania drżączki, należy przypuścić, że do tego potrzeba osobnego usposobienia lub przynajmniej zbiegu niezwyczajnych warunków np. uraz i zwyrodnienie miażdżycowe naczyń. Przeciw temu ostatniemu tłómaczeniu przemawiają jednakowoż przypadki drżączki pochodzenia urazowego u ludzi dosyć młodych (33, 38, 40—44 lat).

Wielkość i sposób urazu także zdają się nie wiele znaczyć, bo urazy najrozmaitsze i różnego nasilenia sprowadzić mogą drżączkę. Trzeba więc, zgodziwszy się na istnienie drżączki przyrody urazowej, wyznać, że etyologia jej jest ciemna. Podobnież i patogeneza mało rozjaśniona. Gowers podnosi, że główne znaczenie patogenetyczne należy przypisać przestrachowi, który zazwyczaj urazowi towarzyszy. Charcot zaś przypuszcza pośrednictwo wstępującego zapalenia nerwu *(neuritis ascendens)* pomiędzy urazem a drżączką. Jednak w wielu przypadkach można wykluczyć uraz psychiczny, a również nie znalazł autor w żadnym przypadku wstępującego zapalenia nerwu przynajmniej w chwili badania, czasem co prawda przedsiębranego dopiero w lat kilka po urazie. Trzeba się strzedz, aby zwykłych uczuć bolesnych, poprzedzających wystąpienie drżączki lub towarzyszących jej, nie uważać za objawy wstępującego zapalenia nerwu.

W każdym razie nie można zupełnie zaprzeczyć, aby w niektórych przynajmniej przypadkach drżączka nie powstawała za pośrednictwem zapalenia nerwu wskutek urazu. Owszem takie przypadki są znane i one to nakazują, aby zwłaszcza u starszych ludzi jak najstaranniej usuwać następstwa urazu postępowaniem przeciwzapalnem i kojącem ból.

Autor dołącza 7 przypadków własnych z krótkiemi historyami chorób. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. S. Kofmann: **Brak krwi jako środek miejscowo znieczulający.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 40). Każdemu, kto zna znieczulanie sposobem Obersta, wpaść musiało na myśl, że tu nietylko sama kokaina działa znieczulająco, lecz i miejscowy ucisk na nerwy i uciskiem tym wywołany brak krwi. K. stwierdził, że już ten ostatni czynnik wystarcza, aby w całym obrębie, pozbawionym przez kilkanaście minut dopływu krwi, sprowadzić zupełne znieczulenie na ból. Od pewnego też czasu przy wielu mniejszych zabiegach na kończynach, i to nietylko w częściach miękich, lecz i na kościach, sprowadza K. potrzebne znieczulenie przez założenie dokładne i silne opaski Esmarcha powyżej pola operacyjnego; przeczekawszy kilkanaście minut wykonać można operacyę nie sprawiając bólu choremu i oszczędzając mu nawet owego 0·01 kokainy, jakiego potrzebuje Oberst i A. Krognis. *Herman.*

Skillern: **Papaina jako środek usuwający znaki tatuowania.** *(Sem. med.*, 1898). Autor poleca w celu usunięcia tatuowania następujący sposób: Skórę w miejscu tatuowanem oczyszcza się dokładnie mydłem, alkoholem i $1^0/_0$ roztworem sublimatu, następnie znieczula chlorkiem etylu i tak oczyszczoną skórę polewa glicerynowym rozczynem papainy, a nakłuwając trzema lub czterema razem związanemi, ostremi szpilkami skórę w miejscu tatuowanem dość głęboko, dozwala płynowi wejść do porobionych otworów; zabieg kończy się przyłożeniem opatrunku z wspomnianego rozczynu papainy. Po upływie dni kilku zaczyna zabarwienie skóry znikać; w tym czasie w miejscu nakłuć tworzą się strupki, po których odpadnięciu nie znajdujemy ani śladu tatuowania. W przypadkach, w których tatuowanie wniknęło bardzo głęboko, należy powyższy sposób zastósować powtórnie. *Horoszkiewicz.*

Calmann: **Badanie czucia w częściach płciowych kobiecych.** *(Arch. f. Gynaek.* LV, Nr. 2 i 3). W przypadku poronienia podawała obwiniona akuszerka w dochodzeniu sądowem, że wprowadziła cewnik do pęcherza w celu odprowadzenia moczu; natomiast kobieta, która poroniła, oskarżała akuszerkę, że ta wprowadziła jej do macicy narzędzie stalowe w zamiarze przebicia macicy. Chcąc rozstrzygnąć sprzeczności w zeznaniach przeprowadził Calmann cały szereg doświadczeń, mający na celu oznaczyć stopień czucia w częściach płciowych kobiecych. Stwierdził, że czucie dotyku i lokalizacyi jest w narządzie moczo-płciowym kobiety bardzo niewyraźne tak, że określając miejsce dotknięcia może badana osoba popełniać wielkie błędy. Czucie ciepłoty i ucisku jest dość wykształcone w okolicy cewki moczowej, mniej już wyraźne w pochwie, a brak go zupełnie w szyjce i jamie macicy. *Horoszkiewicz.*

Prof. Gustaw Bulius: **Rozmiękczenie kości** *(osteomalacya)*, **a jajnik.** *(Beitr. z. Geb. u. Gyn. T. 1. Z. 1).* Autor badał drobnowidowo jajniki w sześciu przypadkach rozmiękczenia kości i na tej podstawie doszedł do wniosku, że niema w tej chorobie swoistych znamiennych zmian w jajnikach i że w przypadkach rozmiękczenia kości niekoniecznie musi istnieć, przekrwienie, lub powiększenie jajników. Skoro również na udowodnienie przypuszczeń co do roli wydzielniczej jajników niema żadnych danych, przeto autor pozostawia zupełnie nierozstrzygniętem zagadnienie, jak i w jaki sposób wytrzebienie wpływa na przebieg rozmiękczenia kości. *St. D.*

Jacob: (Z kliniki lekarskiej prof. Leyden'a w Berlinie). **Stopa wiądowa.** *(Pied tabétique, Osteoarthropathia tabetica).* *(Berl. Klin. Wochenschrift*, 1899. Nr. 3). Autor przedstawił w towarzystwie lekarzy szpitala Charité *„actinogramm“* (czyli *roentgenogramm)* stopy u chorej na wiąd rdzenia. Tylko jedna stopa prawa okazuje zmiany, znane pod nazwą „stopy wiądowej“. Skrócenie stopy, skręcenie jej na wewnątrz i ku dołowi i silne skrzywienie powodują kształt, zwany przez lekarzy francuskich także „stopą chińską“. Jak wiadomo ta zmiana stopy, wogóle rzadka, polega nietylko na przeroście, ale również na zaniku w kościach stopy. Powodem tych spraw jest przewlekłe niezakaźne zapalenie stawów. Roentgenogram wybornie objaśnia ową zmianę, tembardziej, że druga zupełnie prawidłowa stopa tego samego osobnika, której roentgenogram zamieszcza autor obok, nadaje się do porównania stosunków w stopie prawidłowej i wiądowej. Przypadek autora pozwala po raz

pierwszy za życia stwierdzić, że stopa wiądowa zależy od połączenia przerostu i zaniku kości i że skrzywienia stopy nie pochodzą od zajęcia samego stawu lub od przykurczeń. Dlatego więc powinno się „stopę wiądową" określać nietylko jako *„arthropathia"*, ale jako *„osteoarthropathia"*. W leczeniu można zastosować jedynie odpowiedni trzewik do ułatwienia chodzenia, nie można jednak myśleć o „wyrównującem leczeniu za pomocą ćwiczeń" *(compensatorische Uebungstherapie)* dla usunięcia niezborności ruchowej.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Michaiłow: **O operacyach u kiłowych.** *(Woj. med. Journ.* 1898). Na mocy 100 operacyi, dokonanych u kiłowych, przychodzi autor do następujących wniosków: Kiła wywołuje w ustroju pewne upośledzenie, rodzaj skazy *(diathesis)*, dłuższy czas trwające. Istotą tego są zmiany w naczyniach i krwi (zmniejszona zdolność krzepnięcia) i to od okresu wtórorzędnego, szczególnie zaś w okresie 3-o rzędnym; — dlatego przy zabiegach chirurgicznych rany znacznie broczą, nie goją się przez rychłozrost i zwykle powolniej, brzegi bywają naciekłe, ziarnina jest skąpa. M. unika przy ranach u kiłowych silnych środków przeciwgnilnych. W okresie 2-o rzędnym zaś zauważył M. tworzenie się po ranach dużych blizn (keloid), albo też zanik tkanki, przez co powstają duże promieniste blizny. Autor wspomina o tych objawach, aby zwrócić na to uwagę chirurgów i zachęcić do dalszych spostrzeżeń.

F. K.

Gałęzowski: **O przypadłościach ze strony ócz pod wpływem grypy nagminnej.** *(Recueil d'ophtalmologie.* 1898, Nr. 12). Począwszy mniej więcej od listopada ubiegłego roku, utrzymuje się w Paryżu nader łagodna ciepłota i pogoda, stan zdrowotny jednak pozostawia wiele do życzenia, głównie z powodu nagminnego szerzenia się grypy, w której przebiegu spostrzega autor niezwykle często przypadki cierpień oka, usadowionych w różnych tkankach tego narządu. Najliczniejszymi są przypadki zapaleń spojówki. Znamiennem jest tu zajęcie przeważnie przybłonka spojówkowego i rogówki, w postaci powierzchownych zaćmień, obficie unaczynionych. Często spotyka się obok tego powierzchowne owrzodzenia na brzegu rogówki i na brzegu powiekowym. Zapalenie to połączone jest z objawami silnego zadrażnienia, a czasem wikła się też z zapaleniem tęczówki [1]). Chorobę wywołują, zdaniem autora, prątki Pfeiffera. Ropne zapalenie spojówki w przebiegu grypy należy do wyjątków. Za to bardzo często spotyka się zapalenie dróg łzowych z następową t. zw. *Conjunctivitis lacrymalis*. Co się tyczy rogówki, to grypa w dwojaki sposób może wywołać jej zapalenie. Albo zapalenie to jest następowem powikłaniem zapalenia spojówki, albo powstaje ono jako cierpienie pierwotne w postaci nacieków, ropni, lub owrzodzeń pod wpływem jadu grypowego. Te ostatnie przypadki połączone są zazwyczaj z silnymi bólami głowy, wysoką gorączką, ogólnem przygnębieniem, zaburzeniami psychicznemi, nieraz bardzo gwałtownemi, i zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Grypa wywołuje też nie rzadko zmiany w ośrodkach nerwów ocznych, na co już dawniej zwrócili uwagę Dreschfeld i Gordon. Podczas obecnie panującej w Paryżu epidemii szczególnie częste są przypadki ciężkich zboczeń w krążeniu naczyń siatkówkowych w postaci skrzepów i zatorów. Znamiennem też cierpieniem, pojawiającem się na tle grypy, jest surowicze zapalenie siatkówki z wybroczynami lub bez nich, które ustępuje szybko i łatwo przy wewnętrznem podawaniu chininy. Szerzenie się i charakter samej epidemii pozostają pod niewątpliwym wpływem warunków meteorologicznych, jak to wykazał świeżo Dignat na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w obserwatoryum Montsouris [2]). Gałęzowski podjął od września ubiegłego roku badania meteorologiczne na własną rękę i doszedł do wniosku, że ustawiczne zmniejszanie się ciśnienia atmosferycznego wywarło wpływ na przebieg i objawy obecnej epidemii, która znów nadaje pewne cechy przebiegowi cierpień ocznych tak, że w tych przypadkach z góry prawie pewne zrobić można rokowanie. Wydzielina spojówkowa jest przy tegorocznych zapaleniach spojówki wogóle skąpą, rzadko przychodzi do zapalenia tęczówki, a owrzodzenia rogówkowe są powierzchowne i odżywianie ogólne rogówki, mimo czasem znacznego jej zajęciu, odbywa się zresztą zupełnie prawidłowo. Przechodząc do leczenia, zwraca autor szczególniejszą uwagę na leczenie przyczynowe, polegające na podawaniu znacznych dawek chininy obok leczenia miejscowego, zastosowanego do danych zmian, jak: tuszowanie spojówek lekkim roztworem azotanu srebrowego, kamyczkiem cynkowym [1]) i stosowanie maści jodoformowej z kokainą. Prócz tego wdrożyć należy leczenie wzmacniające, do czego służą: *tonica*, żelazo i arsen.

Dr. Langie.

Dr. Otto Burckhardt: **Zatrzymanie i błędny mechanizm odklejania się łożyska.** *(Beitr. z. G. u. Gyn.* T. I, Zesz. 2). Autor zestawił 15 przypadków zatrzymania łożyska, gdzie objaw ten nie zależał zupełnie od zrostów, wytworzonych zmianami anatomicznemi tkanin. Zatrzymanie łożyska było we wszystkich przypadkach częściowe i to zawsze w tym rogu macicy, którego mięśnie, słabsze i mniej zdolne do skurczów, nie kurczyły się odpowiednio i wywołały z jednej strony to, że skoro reszta łożyska, umieszczona w trzonie, już się odkleiła, to w rogu jeszcze łożysko zachowało ścisły związek ze ścianą, z drugiej zaś to, że na granicy mięśni lepiej rozwiniętych — trzonu i gorzej rozwiniętych — rogu, wytworzył się niejako pierścień zaciskający odcinek łożyska, zatrzymanego w rogu. W przypadkach takich zwykły zabieg Crédego nie prowadzi do celu, natomiast ucisk na sam wyciągnięty róg usuwa i odkleja częstokroć z łatwością łożysko.

St. D.

F. A. Kehrer: **Przyczynek do zachowawczo-operacyjnego leczenia wynicowania macicy.** *(Beitr. z. Geb. und Gyn.* T. I. Z. 1). Autor podaje nowy sposób operacyjnego leczenia wynicowania macicy w tych przypadkach, gdzie inne łagodniejsze zabiegi zawodzą. Sciąga on ku dołowi macicę wynicowaną, nacina w kierunku strzałkowym przednią jej ścianę i przednie sklepienie, tylną ścianę wpuszcza w ranę ściany przedniej na kształt palca od rękawiczki, przy czem przez całą grubość przedniej ściany zakłada od błony śluzowej szwy węzełkowe; w dalszym ciągu stara się przeprowadzić część wpukloną ku ranie przedniej ściany przez zwężone ujście, co ma się z reguły udawać, po czem zawęźla szwy i tamponuje macicę.

St. D.

J. Luxenburg: **Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych (histeryi i neurastenii).** *(Pam. Tow. lekarsk. Warsz.* 1898. Zesz. II). Wobec nielicznych badań w tym kierunku usiłował autor sprawdzić, czy u histeryą i neurastenią dotkniętych osób krew zachowuje się prawidłowo, czy też i o ile zbacza od normy. Uwzględnił przytem autor niedawno przez Biernackiego podany sposób badania sedymentacyi krwi, która według Biernackiego ma być wskazówką dla spraw utleniania w organizmie, stoi ona bowiem w ścisłym związku z zawartością we krwi istot włóknikowych, a te mają wielkie znaczenie w sprawie wiązania tlenu. Już Biernacki w badaniach swych zauważył pewne zboczenia w sedymentacyi u chorych na nerwice czynnościowe. Autor przeprowadził badania na 42 osobnikach, z których 2 były zdrowe, 40 chorych okazujących objawy histeryi lub neurastenii i doszedł do następujących wniosków: 1) Wbrew powszechnemu mniemaniu i często zdarzającemu się niedokrewnemu wyglądaniu chorych nerwicowych, krew takich chorych ma prawidłową zawartość wody, t. j. nie okazuje

[1]) Sprawozdawca zauważył również w tych czasach niezwykle wielką ilość podobnych przypadków w Krakowie, z których znaczną część odnieść należy niewątpliwie do grypy.

[2]) Dignat: La grippe à Paris et les conditions météorologiques. (Jounr. de médecine de Paris 1898).

[1]) Kamyczek cynkowy, bardzo praktyczny jako lekkie *causticum* w chorobach spojówki, wyrabia według przepisu Gałęzowskiego: Fabrique de produits chimiques et pharmaceutiques A. Petit, Paris 8 rue Favart (przyp. sprawozdawcy).

hydraemii. Ilość wody we krwi oznaczał autor wagowo z suchej pozostałości krwi po wyżarzeniu oznaczonej ilości. 2) Liczba ciałek czerwonych bywa często zwiększona, co prawdopodobnie zależy od łatwości wahań naczynioruchowych, występujących, — być może — w chwili badania. 3) Liczba ciałek białych bardzo często jest mniejszą od prawidłowej. 4) Sedymentacya przedstawia nieraz znaczne wahania i to tak w kierunku przyspieszenia (u chorych z przewagą objawów histeryi), jak i w kierunku zwolnienia (u chorych z przewagą objawów neurastenii). Wszystkie sposoby badania opisuje autor dokładnie i dodaje do pracy tablicę, w której zestawił wszystkie przypadki, dzieląc je na 6 grup.

Dr. Flis.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Voit omawiał w monachijskiem Tow. lek. wartość odżywczą peptonów i albumoz. Peptony nie są pożywniejsze, niż białko pokarmów, w najlepszym razie są zaledwo tejsamej wartości. O wartości przetworów takich nie wolno sądzić z doświadczeń *in vitro*. Wartość odżywcza przetworu zależy bowiem nie od jego składu, lecz od tego, o ile on może być w przewodzie pokarmowym na rzecz ustroju wyzyskany. V. wykazuje niską wartość somatozy pod tym względem. 20 gr. tego przetworu zawiera tyle białka, co $1\frac{1}{2}$ jaja lub 80 gr. chudego mięsa; przytem jest somatoza względnie nadzwyczaj droga. W odżywianiu chorych przypisywano dlatego wysoką wartość peptonom i albumozom, ponieważ są one strawionem białkiem i jako takie nie narażają — jak sądzono — narządu trawienia na wysiłek. Jednakże należy zauważyć, że przedewszystkiem peptonizacya białka wogóle jest zbyteczną, ponieważ może być ono przyswojone, nawet jeśli nie jest rozpuszczone, byleby było dostatecznie rozdrobnione. Przy braku trawienia żołądkowego wystarcza jeszcze działanie fermentów trzustkowych, jak pouczyły doświadczenia oraz spostrzeżenia na ludziach po całkowitem wycięciu żołądka. Tylko w tych przypadkach niezbędnem byłoby podawanie peptonu, w których brakuje fermentów trzustkowych. Zdanie, że peptony i albumozy oszczędzają narząd pokarmowy, nie narażają go na wysiłek — jest błędem, gdyż przetwory te działają właśnie podrażniająco i rozbudzają ruch robaczkowy. Dobre skutki podawania peptonów należy odnosić do podniecenia łaknienia, a nie do ich pożywności. Niepodobna przecież nawet przypuszczać, aby dzienna dawka 15 gr. peptonu po kilku tygodniach zwiększyła wagę ciała o kilka kilogramów. — Tropon jest białkiem niestrawionem, ale zupełnie nierozpuszczalnem, co utrudnia jego podawanie. — Wogóle należałoby uważać peptony i albumozy za środki wzbudzające łaknienie i przeczyszczające, ale wcale nie za środki odżywcze. *(Berl. klin. Woch.* 1899. Nr. 2). *S.*

Przeszedłszy po krótce dawniejsze sposoby leczenia liszaja żrącego, szczególnie zabiegi chirurgiczne, omawia Unna *(Dtsch. m. Ztg.* 1898, 100—103) środki w nowszych czasach używane, jak plaster salicylowo-kreozotowy *(Ac. salic. Adip. cerae aa 20,0 Kreosot 40,0 M. f. ung.)*, który nie działa wprawdzie na prątki gruźlicze, ale na zmienioną tkankę liszaja żrącego, niszcząc ją, o ile leży w powierzchownych warstwach skóry i t. p. Środkami zabijającymi prątki są wszystkie przetwory, zawierające chlor, jak sublimat, chlorek cynku i antymonu, wreszcie parachlorophenol, dlatego maść żrąca Unny (grüne Salbe) ma skład następujący: *Ac. salicyl. Liqu. stib. chlor. aa 2,0 Kreosot, Extr. Cann. ind. aa 4,0 Adip. lanae 8,0 m. f. ung.* (Kreozot i *extr. can.* są środkami znieczulającymi). Maść tę rozpościera w cienkiej warstwie na miejsca zajęte i przykrywa plastrem cynkowym. Po 24—48 godz. przykłada się świeżą maść, pod którą guzki liszaja ulegają zgorzeli, tkanka zdrowa pozbawioną zostaje tylko z początku powierzchownej warstwy przyskórka, gdy jednak ziarnina wyrasta, wszystko szybko przyskórkiem się pokrywa. Tak bywa jednak tylko w tych postaciach, w których guzki liszajowe leżą powierzchownie, a w których czasami ten jeden środek wystarcza do zupełnego wyleczenia.

Drugim środkiem zabijającym prątki jest ług potasowy *(Kali causticum)*, którego używa autor na większe nacieki, gdy trzeba rozluźnić tkanki w postaci pasty *(Kali caust. Calcar. ust. Sapon. virid. Aqu. dest. aa p. aeq.)*: pastę tę po rozsmarowaniu przykrywa zwilżoną w wodzie watą i mułowym plastrem cynkowym. Czasami przypalania pastą stosować należy i kilka tygodni, zwykle jednak 2—3-krotne przyżeganie w ciągu tygodnia usuwa tkankę liszajową. Gdy ma usunąć tylko naciek komórkowy (t. zw. przez U. *plasmon)* stosuje okłady z roztworów wodnych ługu potasowego 1:10000:5000, stwierdza jednak, że nacieki te po usunięciu ognisk liszajowych same ustępują.

Jeżeli ma do czynienia z liszajem rozsianym w postaci guzków, lub jeżeli po poprzedniem leczeniu pozostały jeszcze drobne ogniska, używa U. metody „wkłuwania“ (Spicken), która polega na tem, że patyczki z twardego drzewa, ostro zakończone na obu końcach, 2—$2\frac{1}{2}$ mm. średnicy mające, a zamaczane na $\frac{1}{2}$ do 1 godziny przedtem w roztwór chlorku antymonu *(liqu. stib. chlor.)*, wkłuwa ruchem śrubowatym w znaleziony guzek, poczem obcina patyczki przy samej skórze i przykrywa plastrem rtęciowo-karbolowym tak, że po 24—48 godz. patyczki ze zgorzelinowej skóry z łatwością wychodzą.

Dla wykazania drobnych nawet ognisk liszaja żrącego w skórze używa U. diaskopu, t. j. płytki szklanej, którą uciska miejsce badane; jeżeli uciśnięty guzek ustępuje, a tylko w otoczeniu powstaje lekka obrączka brunatna, miejsce jest zdrowe, bo naciek pozostały bez istnienia prątków sam przez się ustąpi; jeżeli zaś przy trwaniu ucisku z początku jasno-żółta plamka coraz wybitniej występuje, guzek liszajowy jeszcze istnieje. *F. K.*

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Hamburgu (Maj 1898) przedstawia Hahn ciekawy stosunek kiły dziedzicznej u idyotów, głuchoniemych i ślepych, których badał w liczbie 700 w tutejszych zakładach dla tych kalek przeznaczonych. U 50 z nich (40 idyotów, 4 głuchoniemych, 6 ciemnych) znalazł objawy kiły dziedzicznej pod postacią zmian w kształcie czaszki (przebyte zmiany mózgowe u idyotów), blizny na skórze i kościach, zniekształtnienia nosa, podniebienia i przełyku, przebyte zapalenie ucha środkowego (u głuchoniemych) i blizny rogówkowe po zapaleniu miąższowem rogówki (u ślepych). Trójkę Hutchinsona razem spotkał zaledwo u trzech chorych, często jednak zniekształtnienia zębów lub też bardzo małe uzębienie. *F. K.*

Przeciw wypadaniu włosów przy nerwowych bólach głowy zaleca Leistikow (*Pharm. Centrbl.* 1898. 30) wcieranie pomady: Rp. *Tint. Cantharid. 3,0 Chloral. hydr. 2,0 Lanolin 5,0 Vasel. Aqu. lauroc. Aqu. Calcis aa 10,0.* *F. K.*

Watraszewski (Warszawa) zastanawia się *(Arch. für Derm. u. Syph.* T. XLVI. 2.) nad leczeniem kiły i wypowiada następujące zapatrywania. Co do czasu rozpoczęcia leczenia rtęciowego twierdzi W., że leczenie ogólne stosować należy wtedy, gdy wystąpią objawy ogólne kiły, — uzasadniając to tem, że rtęć stosowana wcześniej zaciera obraz chorobowy, przez co później leczymy na ślepo, nie uwzględniając nasilenia choroby i oddziaływania ustroju na jad, zwłaszcza, że rtęć podana wcześniej nie ma wcale znaczenia zapobiegawczego; gdy więc zmiany, chociaż nieco później, się pojawią, leczenie na nowo przeprowadzać trzeba. W pewnych przypadkach znowu następuje już wcześnie przesycenie ustroju rtęcią, tak, że gdy dla pojawiających się czasem zmian cięższych energiczne leczenie trzebaby przeprowadzić, stoimy wobec nich bezsilni, bo ustrój rtęci już nie znosi, lub też do środka tego zanadto się przyzwyczaił. Również występuje autor przeciwko podawaniu rtęci wedle jakiegoś na pozór ułożonego planu, bez względu na brak lub występowanie zmian, a przemawia gorąco za leczeniem ogólnem tylko w razie pojawienia się zmian i kieruje się tą zasadą w całym przebiegu kiły, do tego stopnia, iż w przypadkach (chociaż rzadkich) jednorazowego pojawienia się zmian i leczenie ogólne stosuje tylko jednorazowo. Dlatego nie pochwala W. szablonowego leczenia rtęciowego przed wejściem w związki małżeńskie i uważa to u ogółu lekarzy za chęć zasłonięcia się przed odpowiedzialnością. W końcu występuje przeciwko przeciągłemu leczeniu Fourniera głównie z tej przyczyny, że rtęć, jak inne ciężkie metale, działa przy nasyceniu ustroju głównie na układ nerwowy, który przez to stanowi miejsce zmniejszonej odporności, łatwiej podlegające jadowi. (Te same prawie zasady w leczeniu kiły głosi zawsze słowem i pismem Prof. Zarewicz i jego szkoła, trzymając się zasady, że rtęć nie jest wcale dla ustroju obojętną. *Ref.*) *F. K.*

Przy wypryskach u dzieci na głowie, twarzy, uszach nawet na całem ciele, zaleca Hodara (*Mon. f. pr. Derm.* 1898. T. 27. 10) maść: Rp. *Axung. Benzoës 12,0 Ol. Olivar 9,0 Hydr. praecip. rub. 15,0 Sach. alb. subt. pul. 6,0 Ac. carbol. 0,05—0,5* (wedle nasilenia sączenia i swiądu). *F. K.*

Friedländer, poddając krytyce używane dotąd wieszadła (suspensoria), które nie wypełniają swego zadania, a często szkodę przynoszą, zaleca podaną przez Gersona, a wyrabianą przez firmę Beiersdorf opaskę plastrową, którą chory sam z łatwością uczy się zakładać, a która worek mosznowy dobrze ku górze i przodowi unosi, a gdy potrzeba i uciska. (*Derm. Ztsch.* 1898. 4). *F. K.*

Augé i Casteret użyli w 60 przypadkach ropienia *(panaritium, phlegmone)* 2% roztworu sody z bardzo dobrym wynikiem i stwierdzili (*La Presse méd.* 1898. 79) szybsze zmniejszanie się objawów zapalenia, bólu i ropienia, jak przy środkach przeciwgnilnych. Pomyślne to działanie tłómaczą autorowie tem, że dwuwęglan sodu nie działa szkodliwie na komórki żyjące, przedstawia więc fizyologiczny środek opatrunkowy, odgrywający w małym stopniu rolę jakgdyby surowicy, podczas gdy środki przeciwgnilne zabijają wprawdzie drobnoustroje, ale zmniejszają zarazem siłę odporną tkanek, a tem samem utrudniają ich walkę z drobnoustrojami. *F. K.*

Doświadczenia z tuberkuliną TR. na klinice Doutreponta w Bonn nie doprowadziły, jak i gdzieindziej, do zbyt pomyślnych wyników. Napp i Grouven, asystenci kliniki, twierdzą, że chociaż TR nie doprowadziła w żadnym z 39 przypadków liszaja żrącego i gruźlicy skóry do zupełnego wyleczenia, to jednak działanie jej na tkankę gruźliczą jest pomyślne; — mimo więc, że od nawrotów choroby nie zabezpiecza, radzą jej używać jako środka pomocniczego przy zabiegach miejscowych. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. 46. Z. 3). *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1899.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych 20 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na członka czynnego przyjęto jednogłośnie kol. Pożniaka Stanisława.

Nastąpiły sprawozdania roczne urzędników Towarzystwa, a mianowicie: sekretarza stałego, bibliotekarza, skarbnika, komisyi skontrującej, komisyi redakcyjnej, przemysłowej, roczników Virchowa-Hirscha, dyżurów nocnych, oraz budowy domu.

Nawiązując do odczytanego sprawozdania wspomniał kol. bibliotekarz o potrzebie wczesnego rozejrzenia się za nowem, obszerniejszem pomieszczeniem księgozbioru, zaznaczył, że z powodu braku miejsca należy na razie ograniczyć się do uzupełnienia działu czasopism i oświadczył, że brak czasu zmusza go do złożenia urzędu z końcem r. 1899.

Wszystkie sprawozdania (będą one ogłoszone drukiem) przyjęło Towarzystwo do wiadomości, wyrażając uznanie kol. prezesowi, skarbnikowi i bibliotekarzowi, poczem kol. prezes Jakubowski, podziękowawszy kolegom za udział w pracach Towarzystwa oddał przewodnictwo kol. prof. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi. Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: *Dr Xawery Gorski.*

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie administracyjne w dniu 27 stycznia, 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 32.

1. Sprawozdanie sekretarza za rok 1898 odczytano i przyjęto.
2. Sprawozdanie kasowe gospodarcze odczytano i przyjęto.
3. Kol. Przewodniczący w stosownem przemówieniu dziękuje członkom za prace i odczyty, oraz zarządza wybory Wydziału na r. 1899.

W głosowaniu kartkami wybrani zostali: prezesem: prof. Dr. A. Gluziński, wiceprezesem: Dr. Sielski, sekretarzem: Dr. Papée, gospodarzem: Dr. Festenburg, bibliotekarzem: Dr. Dębicki; do Wydziału: Dr. Hojnacki, Dr. Sołowij i Dr. Stachiewicz. Delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galic.: prof. Machek, prof. Gluziński, prof. Ziembicki, Dr. Festenburg, Dr. Szulisławski, Dr. Uhma i Dr. Wechsler.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Posiedzenie pełnej Izby d. 26 stycznia 1899.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie: Drowie Schramm, Żukowski, Sysak, Ziemiański, Lechowski, Muszkiet, Pisek; w zastępstwie Drów Mukowicza i Bylickiego, Dr. Świątkiewicz i Uhma.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia Izby z d. 8 października 1898 odczytany i przyjęty.

2) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału za czas od ostatniego posiedzenia, omawia sprawę adresu jubileuszowego, wysłanego do Cesarza i przedstawia działalność Rady honorowej. Sprawozdanie przyjęto do wiadomości.

3) Prezydent zdaje sprawę z obrad wiecu izb lekar. austr. we Lwowie.

4) Do komisyi skontrującej wybrano Dr. Sysaka i Dr. Lechowskiego.

5) Skarbnik przedkłada sprawozdanie kasowe, w autografach rozdane poszczególnym członkom. Obrót kasowy wykazuje nadwyżkę w kwocie 708 złr. 10 ct. (oprócz listów zastawnych zakupionych w r. b.). Majątek Izby w efektach i gotówce wynosi $^{31}/_{12}$ 1898 8708 złr. 10 ct., z czego 8000 list. zast. winkulowanych, częścią niewinkulowanych, w ostatnich tygodniach zakupionych; listy te i „koszulki“ wraz z książeczką kasy oszczędn. przechowuje prezydent Izby. Projekt budżetu, jaki skarbnik przedstawia, odpowiada projektowi przeszłorocznemu, wobec czego opłatę na rok 1899 proponuje skarbnik w tej samej wysokości t. j. 6 złr., z czego 4 złr. na wydatki bieżące i wsparcia, zaś 2 złr. na fundusz żelazny, do którego utworzenia dążymy. Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

6) Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono: udzielać wsparcia wyłącznie lekarzom do Izby przynależnym. Wdowy i sieroty wykluczone są od wsparć.

7) Sprawa wyborów do izby. Prezydent zwraca uwagę, że kadencya kończy się w Czerwcu r. b. i należy już teraz zająć się przygotowaniami. Uchwalono, by delegaci w poszczególnych okręgach zajęli się wyborami.

IX. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.

W pierwszych dniach listopada r. z. rozpoczęły się wykłady na tutejszym Wydziale Lekarskim. Otwarcie roku szkolnego odbywa się tu zawsze cicho, bez żadnego aktu uroczystego. Śledząc od lat kilku sposób nauczania w Paryżu, zauważam z rokiem każdym coraz wyraźniejszą dążność stawiania wykładów na gruncie praktycznym, na czem poprzednio zbywało.

W ostatnich latach zaprowadzono szereg zmian administracyjnych w urządzeniu uniwersytetów francuskich. Nadano im nieco większy samorząd, natomiast zmniejszono zasiłki pieniężne z kasy państwa. Odbiło się to na kieszeni studentów. Na tutejszym Wydziale lekarskim n. p. podniesiono w bieżącym roku szkolnym opłatę roczną o 30 fr. i wprowadzono opłaty za korzystanie z pracowni i to dość wysokie, bo wynoszące od 50 do 200 fr. kwartalnie.

Z drugiej wszakże strony urządził Wydział własnym kosztem przy „*Ecole Pratique*“ poliklinikę chorób krtani, nosa i uszów, pod kierunkiem dra Castexa, w której dwa razy do roku odbywać się będą niezbyt kosztowne trzymiesięczne kursa praktyczne dla 20—30 słuchaczy. Prócz tego wykłada dr. Castex 3 razy na tydzień teoretycznie, według ogólnie tu przyjętego zwyczaju, bezpłatnie.

Sprawa leczenia tętniaków zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny, o której już donosiliśmy, i w listopadzie jeszcze roztrząsana była w Akademii lekarskiej. Lanceraux określił dokładniej technikę tych wstrzykiwań. Używa on roztworu: *Gélatine blanche 4 à 5 gr.*, *Solution de NaCl à 0,7°/₀ 200 c. c.*, wyjałowionego w balonie szklanym, zalutowanym przy 120°. Rozpuściwszy go przy 35°, wstrzykuje się pod skórę (nie dłużej jak kwadrans) co 6—8 dni, aż do wyleczenia. Jeżeli wszakże do tętniaka wpada jaka ważna gałąź tętnicza, to należy używać roztworu słabszego, zawierającego 1°/₀ lub 1,5°/₀ żelatyny i wstrzykiwania powtarzać nie częściej, jak co 8—10 dni. Wstrzykiwania żelatyny do samego tętniaka uważa Lanceraux za niebezpieczne. Laborde podtrzymuje wniosek wstrzykiwania żelatyny do samych tętniaków. Obadwaj przeciwnicy powołują się na spostrzeżenia i wyniki doświadczalne. — Dieulafoy poruszył sprawę zatrucia ustroju wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze spostrzeżeń D. wynika, iż zapalenie wy-

rostka robaczkowego jest nietylko chorobą zakaźną, ale zarazem i zatruwającą *(toxique)*, czego objawami w łagodniejszych przypadkach są: żółtaczkowate zabarwienie skóry *(subictérique)*, urobilinurya i białkomocz; w cięższych zaś cały szereg przypadów mózgowych lub opuszkowych. Zatrucie to zajmuje w rozwoju choroby często pierwsze miejsce; wobec tego należy jak najwcześniej operować. — Lucas-Championnière zwrócił uwagę na działanie przeciwgnilne dwutlenku wodu H_2O_2. Zdaniem jego, przetwór ten, stosowany przez niego od roku, wstrzymuje wszelkie zakaźne ropienia w tych nawet przypadkach, gdzie inne, silne środki przeciwgnilne żadnego skutku nie wywierają. Prócz tego ma H_2O_2 do pewnego stopnia tamować krwotoki. Przetwór ów stosować należy w dawkach wysokich, nie można go wszakże używać do okładów, lecz jedynie do przemywań. Przytem należy zwracać uwagę, aby to był dwutlenek wodu, a nie woda nasycona tylko tlenem pod ciśnieniem. — Chipault podał wyniki wycinania nerwu współczulnego szyjnego. W jednym przypadku wola z wytrzeszczem wynik był zadawalniający, podobnież w 17 przypadkach padaczki, niestety zbyt krótkotrwały. Zdaniem Ch., otrzymuje się trwałe wyniki tylko po wycięciu obustronnem obejmującem całą część nerwu od strony zwoju górnego; przytem operowany powinien jeszcze przez czas pewien pozostawać pod nadzorem lekarskim i higienicznym. Trzy wycięcia górne w przypadkach jaskry sprowadziły zmniejszenie bólu i napięcia w gałce ocznej oraz poprawę wzroku. Chipault podaje, że nie miał ani jednego przypadku niekorzystnego.

W Towarzystwie chirurgicznem mówił Quénu o rozpoznawaniu raka części zstępującej okrężnicy i odbytnicy *(côlon pelvien)*. Z punktu widzenia klinicznego należy rozróżniać trzy odcinki tej części jelita: mało ruchome *côlon ilio-pelvien*, łatwo przemieszczalna pętla esowata właściwa i wreszcie *côlon recto sigmoïdien*, odpowiadające początkowi odbytnicy *(rectum)*. Rak dolnego odcinka można wybadać przez odbytnicę, nawet gdy mieści się w odległości 14—15 centym. od odbytu. Rak w *côlon ilio-pelvien* przedstawia się jako guz okolicy biodrowej, łatwo wymacalny, nierówny, czem się różni właśnie od innych guzów tam napotykanych. Rozpoznanie kliniczne raka właściwej pętli esowatej często jest niemożliwem. — Zajmujące były rozprawy o leczeniu zadawnionych zwichnięć ramienia (Hennequin, Tuffier, Chaput, Berger, Nélaton), które doprowadziły do wniosku, iż zadawnione nieodprowadzalne zwichnięcia ramienia często najlepiej zostawić ich własnemu losowi, ponieważ stosowane tu zabiegi nie dają wcale lepszych wyników. — Bazy wstrzykuje do pęcherza w przypadkach gruźlicy 20 do 30 centym. sześć. 5%-wej płynnej wazeliny z jodoformem. Zawdzięcza on temu sposobowi znaczne polepszenie u wielu chorych. Quénu i Reclus podali przypadki stawów wrzekomych lub niezrastania się złamań kości, uleczone zapomocą wyciągu z gruczołu tarczykowego. — Szeroko rozprawiano o ostrem gruźliczem zapaleniu otrzewnej, przedstawiającem się początkowo pod postacią niedrożności jelit. Quénu przytoczył dwa przypadki. W jednym rozpoznano niedrożność jelit, którą przypisano zaciśnięciu jelita przez zrosty, powstałe po dokonanej przed 5 miesiącami laparotomii; w drugim rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego; w obu gruźlicze zapalenie otrzewnej wykryto dopiero przy cięciu brzusznem, po którem objawy niedrożności znikły, wynikiem wszakże ostatecznym była śmierć. Brun przytoczył 2 spostrzeżenia, z których w jednem rozpoznano zapalenie otrzewnej podwątrobowej, w drugiem chorobę Adissona, powikłaną nagle zapaleniem otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. W obu razach cięcie brzuszne nietylko wykazało gruźlicze zapalenie otrzewnej, lecz sprowadziło także wyleczenie. Potherat przedstawił trzy podobne przypadki. Lejars na podstawie tych przypadków, jak również spostrzeżeń Routiera, Broca i własnych wnosi, że ostre gruźlicze zapalenie otrzewnej można w początku wziąć nieraz za niedrożność jelit lub częściej jeszcze za zapalenie wyrostka robaczkowego i że dopiero laparotomia wykrywa właściwą chorobę. Ten błąd w rozpoznaniu niema jednak większego znaczenia, gdyż cięcie brzuszne biodrowe, czy środkowe, sprowadza polepszenie w stanie chorego, mogące się niekiedy utrwalić i doprowadzić do wyzdrowienia. (C. d. n.)

Warszawa, w styczniu.

W naszem Towarzystwie Lekarskiem zaszły zmiany w składzie zarządu. Jak wiecie, straciliśmy w r. z. podskarbiego, nieodżałowanej pamięci Kondratowicza, który zarazem był wydawcą „Gazety Lekarskiej“. Strata to wielka dla całego ogółu lekarskiego, bo ś. p. Kondratowicz odznaczał się gorliwością w spełnianiu obowiązków społecznych i do każdej roboty wnosił właściwe sobie zalety: inteligencyę, pracowitość i ścisłość, obok szczerego zapału. Na jego miejsce obrano podskarbim Konrada Dobrskiego, doskonałego znawcę spraw Towarzystwa i pod wielu względami podobnego do swego poprzednika.

Prezydyum w tym roku objął Stanisław Markiewicz, znany hygienista, oraz Henryk Nusbaum (wiceprezes), któremu już oddawna należało się jakieś odznaczenie za bardzo piękną i użyteczną działalność na polu literatury lekarsko-społecznej. Mniej sprawiedliwymi okazały się wybory dla jednego z kolegów, który, nie wiadomo dlaczego, nie dostał odpowiedniej ilości głosów na członka Towarzystwa, choć imię jego znanem jest dość szeroko w literaturze lekarskiej, a osobie nie można nic zarzucić pod względem etycznym. Podobne okrucieństwa, niczem nieusprawiedliwione, zdarzały się już, niestety, w naszem Towarzystwie i zdarzać będą, dopóki ogólnego głosowania nie zastąpi odrębna komisya wyborcza, która lepiej może znać kandydatów na członków i być odpowiedzialną za niesprawiedliwe ocenienie jednostki.

Wśród całej powodzi demonstracyi i odczytów w Towarzystwie w ubiegłem półroczu wyróżnił się odczyt Kijewskiego o resekcyi płuc i jej następstwach. Jestto praca kliniczno-doświadczalna. K. dokonał resekcyi płuca na 117 zwierzętach i dowiódł, że u zwierząt można usunąć połowę tkanki płucnej, a jednak zwierzę żyje, oraz zapomocą badań mikroskopowych starał się wykazać, jak się goi zranione płuco. Podziwiać należy prelegenta, który obok mozolnej pracy zawodowej, nie zajmując żadnego urzędowego stanowiska naukowego, znajduje czas i energię do pracy, wybiegającej poza kazuistykę kliniczną.

Dawały się nieraz słyszeć głosy, zarzucające Towarzystwu Lekarskiemu, iż zamało zajmuje się sprawami higieny, szpitalnictwem, balneologią krajową, że nic go nie łączy z życiem bieżącem. Żadna reforma pod tym względem przeprowadzić się nie dała; komitety tworzone przy towarzystwie istniały zwykle niedługo (np. komitet balneologiczny) i niewiele przyniosły pożytku. Potrzeba zrodziła z czasem nową instytucyę, której między innemi przypadnie w udziale zajmowanie się zagadnieniami, zaniedbanemi przez Towarzystwo. Wydział higieny szpitali przy Tow. Higienicznem zajął się sprawą uzdrowisk (sanatoryów) dla suchotników. Dzielnym rzecznikiem tej sprawy jest u nas Dunin, który na jednem z posiedzeń przedstawił wyczerpująco historyę takich uzdrowisk zagranicą i gorąco zachęcił społeczeństwo do utworzenia czegoś podobnego u nas. Dunin słusznie każe liczyć na inicyatywę prywatną i zabrać się do dzieła jaknajprędzej. Jakoż na pierwsze wezwanie posypały się sute składki (Dunin i Sokołowski złożyli po 1000 rubli, trzeci tysiąc złożył kupiec p. Muttermilch) i sprawa rychło wejdzie na drogę czynu.

Na wydziale higieny ludowej Chełchowski wydał wojnę ospie. Polak przedstawił projekt obowiązkowego szczepienia ospy w Królestwie, który gdyby władza urzeczywistniła, sprawa ospy byłaby u nas rozwiązaną. Gdyby tylko te dwie sprawy: uzdrowiska dla suchotników i wytępienie ospy posunęły się naprzód dzięki Tow. Hig., nowa instytucya zasłużyłaby się dobrze naszemu społeczeństwu.

Szpitalnictwo nasze jest w oczekiwaniu reform; lekarze szpitalni nabierają otuchy, że sprawy szpitalne pójdą torem właściwszym, niż to było dotąd. Dotychczas są to tylko nadzieje i projekty, ale był czas, kiedy nie było żadnej nadziei polepszenia naszych stosunków szpitalnych, kiedy o całej tej mizeryi szpitalnej można było tylko gawędzić w ścisłem kółku koleżeńskiem. Nadzieje, o jakich mówię, obudziło rozesłanie do naczelnych lekarzy całego szeregu zapytań o warunki, w jakich się znajdują nasze szpitale. Zapytania te zostały rozesłane przez p. Turaua, wyznaczonego przez generał-gubernatora do utworzenia komisyi, mającej obradować nad brakami naszych szpitali i podać projekt odnośnych reform. Dla ułożenia odpowiedzi na powyższe zapytania, na wyraźne żądanie p. Turaua, naczelni lekarze zwoływali posiedzenia lekarzy szpitalnych (ordynatorów), którzy mogli wypowiadać urzędowo swoje zdanie o potrzebach i brakach szpitalnych, oraz podawać projekty, w jaki sposób tym brakom zaradzić. Jest to postęp niesłychany. Dotychczas lekarze szpitalni obowiązani byli tylko braki te znosić, ale nikt ich nigdy o zdanie nie pytał, nawet w sprawach tak ważnych, jak budowa nowego szpitala. Pojmiecie więc, z jakim zapałem lekarze dali folgę długo tajonej krytyce obecnego porządku rzeczy. Posypały się całe foliały odpowiedzi, opracowanych bardzo szczegółowo i ze znajomością rzeczy. Nie myślcie jednak, ażeby te projekty dotyczyły jakichś korzyści osobistych, polepszenia bytu lekarzy szpitalnych. Nie ma o tem nigdzie wzmianki. Krytyka odnosi się tylko do wadliwej gospodarki szpitalnej, braku miejsc, złego pomieszczenia, obsługi i odżywiania chorych, braku urządzeń, zgodnych z postępami higieny i wiedzy lekarskiej. Wszyscy jednogłośnie domagają się autonomii szpitalnej, wyswobodzenia szpitali z pod opieki Rady miejskiej, instytucyi przestarzałej i zabijającej wszelką inicyatywę i postęp. Czy komisya uwzględni te słuszne żądania, czy będzie się liczyła ze zdaniem lekarzy, nie wiadomo. W każdym razie rozesłane przez p. Turaua zapytania dowodzą bardzo wszechstronnego wniknięcia w istotę potrzeb naszych szpitali; praca zaś nad odpowiedziami wpłynęła ogromnie na uświadomienie tych potrzeb w umyśle lekarzy, którzy bodaj czy nie poraz pierwszy mogli urzędowo żądania swoje i poglądy wypowiedzieć. *Prawdzic.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 9 lutego 1899 r.

Z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa przyrodników polskich imienia Kopernika utworzył się Komitet gospodarczy IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w połączeniu z wystawą przyrodniczo-lekarską w lecie 1900 roku w Krakowie. Przewodniczącymi Komitetu są prof. Dr. K. Kostanecki i prof. Dr. A. Witkowski, sekretarzem generalnym Doc. Dr. St. Ciechanowski, skarbnikiem Dr. J. Gwiazdomorski. W skład Komitetu wykonawczego wchodzą dalej: Prof. Dr. E. Bandrowski, Prof. Dr. N. Cybulski, Prof. Dr. S. Domański, p. E. Heller, właśc. apteki, inż. R. Ingarden, prezes i delegat Tow. techn. krak., Dr. A. Kwaśnicki, Doc. Dr. L. Kryński, Prof. Dr. S. Ponikło, Doc. Dr. J. Raczyński, Dr. M. Śliwiński, Dr. J. Surzycki, Prof. Steingraber, delegat Tow. techn. krak., Dr. St. Tołłoczko, Prof. Dr. L. Wachholz, Prof. Dr. A. Zarewicz. Do pełnego Komitetu gospodarczego należą oprócz już wymienionych: Prof. Dr. O. Bujwid, Prof. Dr. E. Godlewski, Prof. R. Gutwiński, Prof. Dr. H. Hoyer, Prof. Dr. M. L. Jakubowski, Prof. Dr. H. Jordan, Radca dworu Prof. Dr. E. Korczyński, Prof. I. Kranz, Prof. Dr. K. Klecki, Dr. M. Kohn, Prof. Dr. J. Łazarski, Doc. Dr. W. Łepkowski, Dyr. I. Petelenz, prezes Tow. im. Kopernika, Prof. Dr. P. Pieniążek, prezes Tow. lek., Prof. Dr. J. Rostafiński, Doc. Dr. A. Rosner, Prof. Dr. M. Rudzki. Doc. Dr. L. Świtalski, Radca Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, Prof. Dr. K. Żórawski.

Skład sekcyi Komitetu gospodarczego zostanie później ogłoszony.

— P. K. Jacobson wydał świeżo w Warszawie »Wskazówki do określenia gatunku i dobroci surowych materyałów aptecznych«, jako uzupełnienie dzieła swego o towaroznawstwie. Praca p. Jacobsona nie jest farmakognozyą w ścisłem słowa znaczeniu, sam jej autor zastrzega się zresztą, że nie będąc farmaceutą opracował rzecz głównie ze strony kupieckiej. Nie mniej praca jego, pierwsza w tym rodzaju w naszem piśmiennictwie, może oddać dobre usługi lekarzom urzędowym i aptekarzom.

— 17 Zjazd internistów odbędzie się 11—14 kwietnia w Karlsbadzie. Oprócz licznych luźnych wykładów obejmie porządek dzienny dwie z góry oznaczone sprawy: »niedomoga mięśnia sercowego« (sprawozdawcy prof. Schrötter i prof. Martius) oraz »białaczka i leukocytoza« (spraw. prof. Löwit i Minkowski).

— Zjazd w sprawie zwalczania gruźlicy odbędzie się w Berlinie 24—27 maja 1899 pod protektoratem cesarzowej niemieckiej. Informacyi udziela sekretarz generalny zjazdu, Berlin W. Wilhelmsplatz 2.

— Akademia umiejętności w Berlinie nadała medal Helmholtza w r. b. Virchowowi.

— Za staraniem prof. Lassara zawiązało się w Niemczech towarzystwo kąpieli ludowych.

— Docent Dr. Pesselt z Innsbrucka uprasza za pośrednictwem prasy lekarskiej o nadsyłanie mu spostrzeżeń bąblowca wielokomorowego wątroby w celach statystycznych i lekarsko-geograficznych.

— Lekarz — komiwojażem! W »Dts. med. Wchs.« z 19. I. b. r. znajduje się między innymi taki inserat: »Poszukuje się młodego, wymownego lekarza w celu propagandy nowego soku mięsnego wśród kolegów. Zgłoszenia do Russel & Co. w Dreźnie«......

Zmarli: Dr. G. Vlacovich, prof. anatomii w Padwie. — Wolffhügel, prof. higieny, w Getyndze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 5: Sachs J.: Przypadek trądu w Warszawie. Dr. Kossakowski Wł.: Rumień lombardzki. (c. d.). Dr. Pawiński J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (dok.). W *Medycynie* Nr. 5: Dr. Kraushar M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. Radca dworu prof. Rydygier: Modyfikacya elastycznych kleszczyków Tiemanna, ułatwiająca wydobycie ciał obcych rurkowatych z oskrzeli. Dr. Krause L.: O drewnowatem nacieczeniu zapalnem tkanki łącznej (dok.). W *Krytyce lekarskiej* Nr. 2: Dr. Wizel A.: Dowcip u obłąkanych. Giedroyć H.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce.

Redakcya otrzymała:

— Odczyty kliniczne Nr. 120: Moll: Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych (przełożył B. Wagner).

— Ziemacki: O sposobach gastroenterostomii. Odbitka z »Boln. Gaz. Botkina« 1898.

— Jacobson K.: Wskazówki do określenia gatunku i dobroci surowych materyałów aptecznych i chemikalij. Warszawa, 1899. Skład gł. w księgarni Jana Fiszera.

— Fronczak F. E.: (Buffalo N. Y.) Plica polonica. 1898.

— Prof. K. Wagner: O znaczenij bakteriologij w razpozn. wnutrennich boliezněj. Wykład wstępny. Kijów, 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 5-go lutego 1899 roku następujące datki: Dr. Ebers z Abazyi 10 złr.; Dr. J. Gwiazdomorski 5 złr.; Doc. Dr. L. Kryński 5 złr.; Dr. Kluczycki, lekarz skarbowy w Mędrzechowie 3 złr.; Dr. Ot. Lang z Rabki 3 złr.; Dr. Doc. Wł. Sieradzki ze Lwowa 5 złr.; Dr. Stan. Skobel 5 złr.; Doc. Dr. L. Świtalski 5 złr. Razem 41 złr.; **z poprzednimi złr. 439 w. a.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie we środę, dnia 15 lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczór w sali Śniadeckich (Collegium novum) z następującym porządkiem dziennym:

1) Doc. Dr. Baurowicz przedstawi chorych z kliniki laryngologicznej.

2) Dr. R. Spira wyłoży rzecz: „O nerwobólu usznym“ *(Otalgia nervosa).*

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę Dyrektora szpitala, na razie powiatowego, w Gorlicach ogłasza Wydział powiatowy w Gorlicach. Ubiegający się o tę posadę spisać mają przy podaniu swoje *curiculum vitae*, dołączając świadectwo z odbytych praktycznych studyów lekarskich i udokumentowane w ten sposób podania wnieść do 1 kwietnia 1899 r. pod adresem Wydziału powiatowego w Gorlicach. Pożądaną jest dłuższa praktyka szpitalna i dowód biegłości w dziale chirurgicznym.

Do posady powyższej przywiązaną jest roczna pensya 700 złr. od dnia otwarcia szpitala, to jest od 1 września 1899. Oprócz obowiązków, określonych bliżej krajową instrukcyą dla Dyrektorów szpitali prowincyonalnych, Dyrektor nowo zbudowanego szpitala w Gorlicach zastosować się będzie musiał do tych zarządzeń Komitetu szpitalnego, z ramienia Wydziału powiatowego wyznaczonego, jakie tenże Komitet tak co do wewnętrznego urządzenia szpitala, jak i co do administracyi wydawać uzna za odpowiednie.

Z Wydziału powiatowego 83 2 3

Gorlice, dnia 2 stycznia 1899.

Galiński, sekr. *K. Sczaniecki*, prezes.

L. 287/G. T.

KONKURS.

Przy budowie bośniacko-hercegowińskiej linii kolejowej Gabela-Granica (Landesgrenze)-Trebinje obsadzoną będzie natychmiast posada **lekarza**, doktora wszech nauk lekarskich, do czynności lekarskich na przestrzeni i do kierowania szpitalem robotników w Dracevo, w pobliżu stacyi kolejowej Gabela, za stałem wynagrodzeniem 200 złr. w. a. miesięcznie, na przeciąg około dwóch lat, za miesięcznem wypowiedzeniem.

Konieczną jest praktyka chirurgiczna i znajomość jednego ze słowiańskich języków — znajomość języka włoskiego pożądana.

Petenci zechcą wnosić najdalej do **15 Marca 1898 r.** swoje podania, zaopatrzone w odpis dyplomu doktorskiego, metrykę, dowód zdolności fizycznej do ponoszenia trudów praktyki lekarskiej w czasie budowy, świadectwo moralności, świadectwo dotychczasowej praktyki i świadectwo znajomości języków z podaniem czasu ewentualnego objęcia służby

Serajewo, dnia 3 Lutego 1899.

Dyrekcya budowy Rządu kraj. dla Bośni i Hercegowiny.
(Baudirection der Landesregierung für Bosnien und die Hercegowina).

Wydział Rady powiatowej w Nowym Targu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Poroninie, z płacą 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr w. a. rocznie. Nowy ten okręg sanitarny będzie obejmować gminy: Poronin, Zubsuche, Murzasichle, Kościeliska, Biały Dunajec, Bukowinę, Brzegi, Gliczarów, tudzież część gminy Zakopanego. Lekarz ten musi bezwarunkowo stale t. j. przez cały rok mieszkać w Poroninie (nie w Zakopanem). Podanie (z dołączeniem świadectw) o powyższa posadę, która w pierwszym roku jest prowizoryczną, należy wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Nowym Targu **najpóźniej do d. 15 lutego 1899 roku.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.